**Załącznik nr 4**

**Lista osób upoważnionych do współpracy przy realizacji niniejszej umowy ze strony Zamawiającego**

**SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II ul. Wojska Polskiego 51,
NIP: 657-18-13-314 zwana dalej Zamawiającym, w imieniu którego działają:**

1. ………………….……

2. ………………….……

W związku z zawartą w dniu ..............2022 roku umową nr **05/PN/2021** Zamawiający informuje Wykonawcę, iż:

1. Funkcje koordynatora współpracy będzie pełnił: …………………………………………...

2. Osobami odpowiedzialnymi za poszczególne obszary funkcjonalne/grupy modułów/ moduły produktu będą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Adres mail** | **Zakres odpowiedzialności** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Zamawiający**