



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

PROTOKÓŁ ODBIORU

DO UMOWY NR _____ z dnia _____ 2019r.

Sporządzony w dniu _____ 2019r.

WYKONAWCA	ZAMAWIAJĄCY
	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie Ul. Rybacka 1, 70-2014 Szczecin, NIP 852-000-67-57, REGON 000288886

Miejsce odbioru: _____

Tabela 1 Przedmiot umowy

LP.	Przedmiot umowy
1.	Wykonanie programu komputerowego, którego zadaniem będzie analiza badań tomografii komputerowej pod kątem rozpoznawania występowania określonych stanów chorobowych.



Tabela 2 Przedmiot odbioru

LP.	Funkcjonalność	Spełnia/Nie spełnia
1.		
2.		
3.		

Zamawiający oświadcza, że przyjmuje przedmiot umowy bez zastrzeżeń/z zastrzeżeniami.

WYKONAWCA	ZAMAWIAJĄCY	
Imię i nazwisko/Pieczątko imienna/podpis	Osoba odpowiedzialna za realizację umowy	Pracownik Działu merytorycznego PUM

UWAGI:

