

Załącznik nr 4  
do Umowy

.....  
(Miejscowość, data)

PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUGI SZKOLENIOWEJ

Strony zgodnie stwierdzają co następuje:

1. Nazwa usługi : Przeprowadzenie szkolenia o tematyce „Skutecznej komunikacji z pacjentem i jego rodziną, w tym z pacjentem ze szczególnymi potrzebami”
2. Zleceniodawca usługi: Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
3. Termin wykonania usługi: .....
4. Liczba uczestników szkolenia: .....
5. Prowadzący(-a) szkolenie: .....

Usługa została przeprowadzona \*:

1. Bez zastrzeżeń
2. Z zastrzeżeniami

\*niepotrzebne skreślić

Zastrzeżenia , jeśli dotyczy:

.....

.....  
W imieniu Zamawiający

.....  
W imieniu Wykonawca

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00  
e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

