

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, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957



