

Potwierdzenie przeprowadzenia asysty stanowiskowej

Komisja w składzie:

..... – przedstawiciel Zamawiającego

..... – przedstawiciel Wykonawcy

Potwierdza wykonanie liczby godzin asysty stanowiskowej wg poniższego zestawienia:

Lp.	Data asysty	Liczba godzin asysty	Zakres asysty (z podaniem imienia i nazwiska pracownika u którego dokonano asysty)

zgodnie z umową z dnia stwierdziła:

1. Zgodność świadczonej usługi asysty stanowiskowej z umową –TAK/NIE*

2. Braki –TAK/NIE*

3. Wykaz braków:

a).....,

b).....,

Strony potwierdzają należyte wykonanie przedmiotu umowy -TAK/NIE* Protokół sporządzono w 2 egzemplarzach, z tego 1 dla Zamawiającego, 1 dla Wykonawcy.

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

.....

Podpis ZAMAWIAJĄCY

.....

Podpis WYKONAWCA

* - niepotrzebne skreślić