# ZAŁĄCZNIK NR 2.2.1 DO SIWZ

## W PROJEKCIE „POMORSKIE E-ZDROWIE”

## DO POSTĘPOWANIA NA:

## „BUDOWĘ I WDROŻENIE SYSTEMÓW DZIEDZINOWYCH, PLATFORMY REGIONALNEJ, GCPD I DR”

## WZÓR RAPORTU Z TESTÓW

**WOJEWÓDZTWO POMORSKIE**
ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk
tel. 58 32 68 524, faks 58 32 68 526
e-mail: dc@pomorskie.eu, www.pomorskie.eu

# WZÓR RAPORTU Z TESTÓW

**z dnia ../../..**

| | |
|---|---|
| **Umowa i numer** | ***Umowa nr ..*** |

**sporządzony w dniu ../../.. w ..**

| PARAMETR | ZAMAWIAJĄCY | WYKONAWCA |
|---|---|---|
| **Nazwa** | .. | .. |
| **Adres** | .. | .. |
| **Data odbioru** | ../../.. | |
| **Osoby biorące udział w testach** | .. | .. |

| L p | SPECYFIKACJA I ZAKRES TESTÓW | WYNIKI [pozytywne / negatywne] | AKCEPTACJA WYNIKÓW [Akceptacja / Brak akceptacji] | UWAGI / ZASTRZEŻENIA | TERMIN USUNIĘCIA UWAG / ZASTRZEŻEŃ |
|---|---|---|---|---|---|
| **1)** | .. | .. | .. | .. | .. |

## PODPIS OSÓB UPRAWNIONYCH

Data podpisania raportu: ../../..

Zamawiający: Wykonawca: Inżynier Kontraktu:

**WOJEWÓDZTWO POMORSKIE**
ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk
tel. 58 32 68 524, faks 58 32 68 526
e-mail: dc@pomorskie.eu, www.pomorskie.eu