SP ZOZ MSWiA w Koszalinie
ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin

Lista osób upoważnionych do współpracy przy realizacji niniejszej umowy ze strony Zamawiającego

SP ZOZ MSWiA w Koszalinie ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin, NIP: 669-21-91-926 reprezentowany przez **Elżbietę Czeszewską –** kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji Zamawiającego zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu KRS,

zwany dalej **Zamawiającym, oświadcza:**

W związku z zawartą w dniu .....2022 roku umową nr ……Zamawiający informuje Wykonawcę, iż:

1. Funkcje koordynatora współpracy będzie pełnił: ……...
2. Osobami odpowiedzialnymi za poszczególne obszary funkcjonalne/grupy modułów/ moduły produktu będą:

Imię	Nazwisko	Adres mail	Zakres odpowiedzialności

Zamawiający

Uwaga
ZAMAWIAJĄCY ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY ZAŁACZNIK JEST TYLKO WZOREM I TO DO WYKONAWCY NALEŻY PRAWIDŁOWE WYPEŁNIENIE.