

**PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUG****świadczonych przez pacjenta standaryzowanego****(wzór dla podmiotu gospodarczego)**

Nr protokołu: ..... / ..... / 2026

Okres rozliczeniowy: miesiąc ..... 2026 r.

**I. STRONY UMOWY**

ZAMAWIAJĄCY	WYKONAWCA
Uniwersytet Zielonogórski Centrum Symulacji Medycznej Collegium Medicum ul. Energetyków 2 65-729 Zielona Góra NIP: 973-07-13-421	..... ..... ..... ..... ..... NIP/PESEL: .....

**II. PODSTAWA PROTOKOŁU**

Niniejszy protokół stanowi podstawę rozliczenia usług świadczonych na podstawie Umowy nr ...../2026 z dnia ....., zawartej w wyniku postępowania o znaku sprawy: RA-ZA.2611.16.2026.EM.

**III. ZAKRES ZREALIZOWANYCH USŁUG**

W okresie rozliczeniowym Wykonawca/Zleceniobiorca zrealizował usługi polegające na odgrywaniu roli pacjenta standaryzowanego, zgodnie z poniższym zestawieniem:

Lp.	Data zajęć	Godziny (od – do)	Obszar usługi / scenariusz	Liczba godzin zegarowych	Imię i nazwisko osoby realizującej usługę
1					
2					
3					
4					
5					



6					
7					
8					
<b>RAZ EM</b>	—	—	—		—

#### IV. KALKULACJA WYNAGRODZENIA

Pozycja	Wartość
Łączna liczba godzin zegarowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym	..... godz.
Stawka godzinowa brutto (zgodnie z Ofertą Wykonawcy / Zleceniobiorcy)	..... zł
<b>Wynagrodzenie brutto za okres rozliczeniowy (liczba godzin × stawka godzinowa)</b>	<b>..... zł</b>
Słownie:	..... złotych

#### V. OCENA JAKOŚCI REALIZACJI USŁUG

Koordinator CSM potwierdza, że usługi zostały zrealizowane (zaznaczyć właściwe):

- ☐ zgodnie z umową, scenariuszami i wytycznymi CSM – bez zastrzeżeń;  
☐ zgodnie z umową, z następującymi uwagami:

.....  
 .....  
 .....  
☐ z istotnymi zastrzeżeniami (uzasadnienie i wpływ na wysokość wynagrodzenia / kar umownych):  
 .....  
 .....  
 .....

#### VI. OŚWIADCZENIA STRON

- Wykonawca oświadcza, że usługi wykazane w pkt III zostały wykonane osobiście przez osoby wskazane w ofercie lub w trybie zmiany zatwierdzonej przez Zamawiającego, a osoby te podpisały umowę o zachowaniu poufności (NDA) przed przystąpieniem do realizacji usług.
- Zamawiający/Zleceniodawca potwierdza, że przedmiot protokołu odpowiada rzeczywistemu zakresowi zrealizowanych usług i akceptuje kalkulację wynagrodzenia zawartą w pkt IV.
- Niniejszy protokół stanowi podstawę do wystawienia przez Wykonawcę faktury VAT. Faktura powinna być oznaczona symbolem: RA-ZA.2611.16.2026.EM, a termin płatności wynosi 21 dni od dnia jej doręczenia Zamawiającemu.



**VII. PODPISY STRON**

<b>WYKONAWCA</b> <b>(podpis osoby uprawnionej)</b>	<b>KOORDYNATOR CSM</b> <b>(merytoryczny odbiór usług)</b>	<b>ZAMAWIAJĄCY</b> <b>(pracownik Działu</b> <b>Zaopatrzenia)</b>
     .....  .....	     .....  .....	     .....  .....
     data: .....	     data: .....	     data: .....