**Załącznik nr 2**

 **do Umowy nr ………….**

 **W z ó r**

**Protokół Odbioru Usługi pn.:**

**Organizacja i realizacja wyjazdu terapeutycznego dla dzieci i opiekunów z rodzin zastępczych – uczestników projektu pn. „CUŚDOBREGO!” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**

1. Termin zrealizowanego wyjazdu terapeutycznego:………………………………
2. Liczba uczestników wyjazdu: …………………………………………………….
3. Spełniono / nie spełniono\* wszystkie wymogi SWZ
4. W przypadku nie spełnienia wszystkich wymogów SWZ, czy wystąpiły okoliczności stanowiące podstawę naliczenia kar umownych: TAK/NIE \*
5. Okoliczności wynikające z pkt.4: ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

\*Niewłaściwe skreślić

Podpis Wykonawcy Podpis Zamawiającego