

**ANEKS Nr 27**

**DO UMOWY Nr 16-00-00742-14-16/02-03-11-001**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA  
SPECJALISTYCZNA**

**W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA  
PRZEWLEKŁĄ**

zawarty w Szczecinie, dnia 23 grudnia 2014 roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim  
w Szczecinie** z siedzibą: 71-470 Szczecin ul. Arkońska 45, reprezentowanym przez p.o. Dyrektora  
Oddziału – Dariusza Ruczyńskiego, zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”,

a

Oznaczenie świadczeniodawcy: Imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	<b>SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY</b>	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	<b>MARIUSZ PIETRZAK</b>	data <b>2014 -12- 31</b> <b>WPŁYNĘŁO (43)</b>
Adres siedziby	<b>71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4</b>	Nr ..... Podpis .....

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

**§ 1.**

W wykonaniu porozumienia stron:

- Dotyczącego przedłużenia obowiązywania umowy do dnia **30 czerwca 2016r.** zgodnie z dyspozycją wynikającą z art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014.1138);
- Ustalającego kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym od dnia **01 stycznia 2015r.** do dnia **31 grudnia 2015r.**, w trybie i na warunkach wynikających z dyspozycji określonej w § 32 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008r. (Dz.U.2008.81.484);

W związku z:

- Wejściem w życie zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 05 grudnia 2014r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

w określonej we wstępie umowie wprowadza się następujące zmiany:

1. Wskazana we wstępie umowa otrzymuje nowe brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.

§ 2.

Postanowienia niniejszego aneksu wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia **01 stycznia 2015 roku**.

§ 3.

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego

.....  
Dra Mariusz Pietrzak  
Świadczeniodawca

p.o. DYREKTOR  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Dariusz Ruczyński  
Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych

.....  
Oddział Funduszu

Załączniki:

- Załącznik – umowa nr 16-00-00742-15-21/02-03-11-001 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – kaos.

02/03/KAOS/2015

UMOWA Nr 16-00-00742-15-21/02-03-11-001

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - AMBULATORYJNA OPIEKA  
SPECJALISTYCZNA**

**W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA  
PRZEWLEKŁĄ (KAOS)**

zawarta w Szczecinie, dnia 23 grudnia 2014 roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w  
Szczecinie z siedzibą: 71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45, reprezentowanym przez p.o. Dyrektora  
Oddziału Dariusza Ruczyńskiego, zwanym dalej "Oddziałem Funduszu",**

**a**

Oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	<b>SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY</b>
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	<b>MARIUSZ PIETRZAK</b>
Adres siedziby	<b>71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4</b>
Adres do korespondencji	<b>71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4</b>

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**".

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, (Dz. U. poz. 1413, z późn. zm.) oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

### **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

#### **§ 2.**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
1. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 – „Harmonogram – zasoby”.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w warunkach zawierania umów oraz w przepisach odrębnych.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8 i 9, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, z późn. zm. oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

#### **§ 3.**

Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### **WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

#### **§ 4.**

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia **01.01.2015r.** do dnia **31.12.2015r.** wynosi maksymalnie: **1 215 360,00 zł** (słownie: **jeden mln dwieście**

piętnaście tys trzysta sześćdziesiąt zł).

2. Wysokość kapitałowej stawki rocznej, liczbę świadczeniobiorców objętych opieką oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
3. W przypadku zmiany liczby świadczeniobiorców objętych opieką, strony dokonają stosownych zmian w załączniku nr 1 do umowy oraz zmiany kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1.
4. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy: Dane posiadacza rachunku bankowego: **SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY, 71-455, SZCZECIN, ARKOŃSKA 4;**  
Nr: 40102047950000910203023025.
5. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 4, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.
6. Kwota należności z tytułu realizacji umowy, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi dwunastą część iloczynu liczby świadczeniobiorców i kapitałowej stawki rocznej.
7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).
9. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

#### § 5.

1. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w § 4 ust. 2, ustalana jest przez Oddział Funduszu według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru zawierającej imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania, datę złożenia deklaracji, zgodnie z załącznikiem nr 4 do warunków zawierania umów.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy wyboru poradni specjalistycznej przez Oddział Funduszu, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
3. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.
4. Listy, o których mowa w ust. 1-2, przekazywane będą w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu.

5. Lista świadczeniobiorców będzie każdorazowo zawierała informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje wyboru do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń KAOS.

**§ 6.**

Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
  - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
- w wersjach wskazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na dany okres sprawozdawczy.

**KARY UMOWNE**

**§ 7.**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 8.**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **05 marca 2011 roku** do dnia **30 czerwca 2016 roku**.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 9.**

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

**§ 10.**

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

**§ 11.**

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

**§ 12.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Wykaz załączników do umowy:**

- 1) Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) Załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) Załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) Załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

p.o. DYREKTOR  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*Dariusz Ruczyński*  
Z-ca Dyrektora ds. Ekspertyzno-Finansowych

**PODPISY STRON**

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

*dr n. med. Mariusz Pietrzak*

.....  
**Oddział Funduszu**

.....  
**Świadczeniodawca**





PLAN RZECZOWO FINANSOWY za nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-21 (02-03-11-001)		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego	
rodzaj świadczeń: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA		wersja: 00	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		160000742	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	

Okres rozliczeniowy od 2015-01-01 do 2015-12-31

pozycja	Podstawa <sup>1</sup>	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielenia świadczenia	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz (zł)	Wartość (zł)
1		02 1342.002.01	KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA NAD PACJENTEM ZAKAZANYM HIV, LECZONYM LEKAMI ANTYRETROWIRUSOWYMI (ARV)	13794	KAPITACJA	3 798,0000	320,00	1 215 360,00
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								1 215 360,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń	101 120,00	Luty	101 120,00	Marzec	101 120,00	Kwiecień	101 120,00
	Maj	101 120,00	Czerwiec	101 120,00	Lipiec	101 120,00	Styczeń	101 120,00
	Wrzesień	101 120,00	Październik	101 120,00	Listopad	101 120,00	Grudzień	101 040,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

nazwa		1	Kod zakresu	02 1342.002.01	Nazwa zakresu	KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA NAD PACJENTEM ZAKAZANYM HIV, LECZONYM LEKAMI ANTYRETROWIRUSOWYMI (ARV)			
Kod miejsca		13794	Nazwa miejsca	PORADNIA NABYTYCH NIEDOBOROW IMMUNOLOGICZNYCH					
Adres miejsca		71-455 SZCZECIN ul. BRONIEWSKIEGO 12						TERYT	3262011
		Styczen		Luty		Marzec			
Liczba*cena		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00	
wartosc		101 120,00		101 120,00		101 120,00		101 120,00	
		Kwiecien		Maj		Czerwiec			
Liczba*cena		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00	
wartosc		101 120,00		101 120,00		101 120,00		101 120,00	
		Lipiec		Sierpien		Wrzesien			
Liczba*cena		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00		316* 320,00	
wartosc		101 120,00		101 120,00		101 120,00		101 120,00	
		Pazdziernik		Listopad		Grudzien			
Liczba*cena		316* 320,00		316* 320,00		320* 320,00		320* 320,00	
wartosc		101 120,00		101 120,00		103 040,00		103 040,00	

\* Określenie czynności formalno-prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

Data sporządzenia:

23-12-2014

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

Załącznik nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-21  
Załącznik nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-21  
Załącznik nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-21  
Załącznik nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-21

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego  
podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

[illegible]