

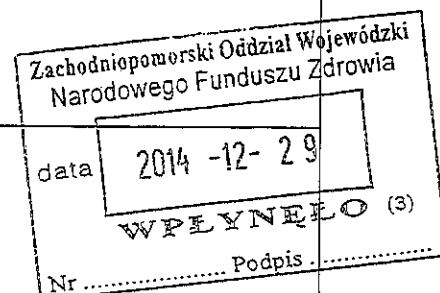
**ANEKS Nr 29**  
**DO UMOWY Nr 16-00-00742-14-11/03-03-12-05**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE –**  
**CHEMIOTERAPIA**

zawarty w Szczecinie, dnia 19 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>
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	<b>MARIUSZ PIETRZAK</b>
Adres siedziby	<b>71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4</b>



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 80/2014/DGL Prezesa NFZ z dnia 05 grudnia 2014r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii,

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  
Samodzielny Zespół  
Wojewódzkiego Funduszu Zdrowia  
**Świadczeniodawca**  
*dr n. med. Mariusz Pietrzak*

Wz. Dyrektora  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych  
*lek. med. Tomasz Żukowski*  
Oddział Funduszu

**Załączniki:**

- Załącznik – umowa nr 16-00-00742-15-15/03-03-12-05 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne - chemioterapia.

**UMOWA Nr 16-00-00742-15-15/03-03-12-05**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - LECZENIE SZPITALNE -**  
**CHEMIOTERAPIA**

zawarta w Szczecinie, dnia 19 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 leczenie szpitalne – chemioterapia, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym **załącznik nr 1 do umowy**.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, 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”, zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2008.81.484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 oraz z 2014 r. poz 1441.), z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.poz. 1413 oraz z 2014 r. poz. 1442) oraz z ustawą z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2011.122.696 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą refundacyjną”.

## ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

### § 2.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2 do umowy**.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram – zasoby”.
3. Dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będącym w jego dyspozycji określone są w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram – zasoby”.
4. 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**.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone dla Świadczeniodawcy w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do leczenia, bezpłatnego dostępu do leków będących przedmiotem umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia, w okresie obowiązywania umowy, ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom leczonym w zakresie chemioterapii.
8. Świadczenia są udzielane w ramach katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne - chemioterapia realizowanych w zakresie chemioterapii stanowiącym **załącznik nr 1e** oraz w ramach katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne - chemioterapia stanowiącym **załącznik nr 1j do warunków zawarcia umów**.
9. Świadczeniodawca nabywa odpłatnie leki będące przedmiotem umowy. Zakres danych ewidencji faktur zakupu sprawozdawany jest zgodnie z **załącznikiem nr 4 do umowy**.
10. Świadczenia są udzielane z zastosowaniem leków wymienionych w katalogu stanowiącym **załącznik nr 1n do warunków zawarcia umów**.
11. Niezbędne do realizacji chemioterapii świadczenia nie objęte umową, rozliczane są na podstawie odrębnych umów.
12. Umowa zawarta pomiędzy 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.
13. Świadczeniodawca zobowiązany jest do stosowania sposobu realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy refundacyjnej, jeżeli zostały ustalone.

### § 3.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych 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: **38 777,00 zł** (słownie: **trzydzieści osiem tys siedemset siedemdziesiąt siedem zł**).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1 do umowy**.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest sumie wartości za:
  - a) Świadczenie; oraz
  - b) podane lub wydane świadczeniobiorcy leki,- wykazane w załączniku sprawozdawczo-rozliczeniowym, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy**.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, kwota należności nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej w **załączniku nr 1 do umowy**.
5. W przypadku gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w § 15 ust. 10 warunków zawierania umów, przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 1, po przekroczeniu kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy w danym zakresie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy.
6. 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.**
7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzedniego 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 5 do umowy.
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. Faktury wynikające z realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej przez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności faktury.

#### **KARY UMOWNE**

##### **§ 5.**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, dyrektor Oddziału 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 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, dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 2a, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
5. Oddział Funduszu jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

#### OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

##### § 6.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01 lipca 2012 roku** do dnia **30 czerwca 2016 roku**.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 7.

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

##### § 8.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

##### § 9.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

##### § 10.

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 – Załącznik sprawozdawczo-rozliczeniowy dla świadczeń z zakresu chemioterapii.
- 5) załącznik nr 5 do umowy – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego;

#### PODPISY STRON

DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Wojewódzkiego Oddziału Funduszu Zdrowia

dr n. med. *Piotr Pietrzak*

Świadczeniodawca

wz. Dyrektora  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych  
lek. med. *Tomasz Żukowski*

Oddział Funduszu



1. NAME \_\_\_\_\_  
 2. ADDRESS \_\_\_\_\_  
 3. CITY \_\_\_\_\_  
 4. STATE \_\_\_\_\_  
 5. ZIP \_\_\_\_\_  
 6. PHONE \_\_\_\_\_  
 7. DATE \_\_\_\_\_  
 8. SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 9. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 10. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 11. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 12. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 13. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 14. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 15. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 16. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 17. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 18. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 19. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 20. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 21. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 22. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 23. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 24. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 25. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 26. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 27. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 28. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 29. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 30. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 31. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 32. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 33. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 34. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 35. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 36. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 37. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 38. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 39. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 40. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 41. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 42. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 43. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 44. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 45. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 46. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 47. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 48. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 49. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 50. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 51. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 52. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 53. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 54. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 55. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 56. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 57. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 58. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 59. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 60. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 61. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 62. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 63. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 64. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 65. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 66. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 67. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 68. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 69. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 70. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 71. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 72. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 73. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 74. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 75. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 76. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 77. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 78. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 79. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 80. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 81. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 82. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 83. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 84. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 85. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 86. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 87. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 88. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 89. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 90. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 91. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 92. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 93. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 94. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 95. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 96. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 97. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 98. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 99. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 100. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 101. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 102. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 103. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 104. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 105. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 106. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 107. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 108. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 109. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 110. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 111. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 112. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 113. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 114. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 115. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 116. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 117. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 118. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 119. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 120. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 121. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 122. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 123. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 124. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 125. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 126. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 127. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 128. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 129. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 130. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 131. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 132. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 133. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 134. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 135. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 136. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 137. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 138. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 139. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 140. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 141. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 142. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 143. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 144. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 145. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 146. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 147. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 148. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 149. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 150. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 151. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 152. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 153. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 154. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 155. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 156. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 157. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 158. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 159. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 160. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 161. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 162. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 163. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 164. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 165. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 166. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 167. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 168. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 169. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 170. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 171. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 172. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 173. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 174. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 175. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 176. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 177. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 178. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 179. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 180. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 181. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 182. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 183. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 184. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 185. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 186. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 187. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 188. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 189. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 190. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 191. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 192. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 193. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 194. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 195. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 196. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 197. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 198. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 199. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 200. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 201. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 202. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 203. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 204. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 205. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 206. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 207. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 208. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 209. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 210. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 211. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 212. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 213. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 214. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 215. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 216. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 217. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 218. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 219. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 220. PRINT STATE \_\_\_\_\_