

UMOWA NR 16-00-00742-15-18/03-06-14-01
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - LECZENIE SZPITALNE
ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE

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.	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	MARIUSZ PIETRZAK
Adres siedziby	71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4
Adres do korespondencji	71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia

data 2014 -12- 29

WPLYNĘŁO (3)

Nr Podpis

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**".

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, 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 leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, ustalonych 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”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz.1520, 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. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są:
 - 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
 - 2) 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, są określone 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 przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. 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.
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 opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, 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 05 października 2009r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
10. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów, wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b 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 **30.09.2015r.** wynosi maksymalnie: **8 625 032, 00 zł** (słownie: **osiem mln sześćset dwadzieścia pięć tys trzydzieści dwa zł**).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1 określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
4. Dane posiadacza rachunku bankowego: **SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY, 71-455, SZCZECIN, ARKOŃSKA 4**
Nr: **40102047950000910203023025**.
5. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, 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. Kwoty zobowiązania, określone w planie rzeczowo - finansowym, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń, określonych w katalogu świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w § 14 zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach.
7. Dla każdego ze świadczeń, o których mowa w ust. 5, w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo-finansowym, określa się odrębną liczbę punktów oraz kwotę zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na realizację tych świadczeń.
8. Rozliczanie świadczeń, o których mowa w ust. 5 odbywa się łącznie z innymi świadczeniami przypisanymi do danego zakresu świadczeń, w ramach kwoty zobowiązania określonej dla danego zakresu świadczeń.
9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
10. 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.).
11. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przestać 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.

KARY UMOWNE

§ 5.

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-WUS 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

§ 6.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01 stycznia 2015 roku** do dnia **31 grudnia 2017 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 rozporządzeń Ministra Zdrowia: z dnia 26 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji oraz z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

§ 9.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

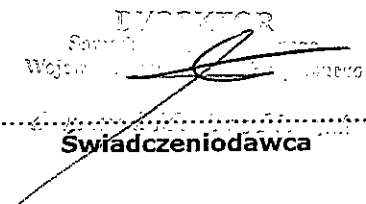
§ 10.

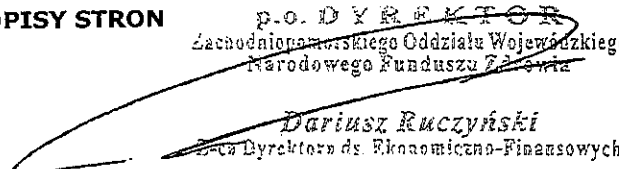
Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

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 – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego;

PODPISY STRON


.....
Świadczeniodawca


.....
Oddział Funduszu

PLAN RZECZOWO FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-18 (03-06-14-01)			Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego	
rodzaj świadczeń: LECZENIE SZPITALNE			16-00-00742-15-18 OW NFZ	
wersja: 00			160000742	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			160000742	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY	

Okres rozliczeniowy od 2015-01-01 do 2015-09-30									
Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udział, świadczeń	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz (zł)	Wartość (zł)	Kod limitu
1	16-15-000001/SZP/03/6/0 3.4654.033.02/04	03.4654.033.02	PRZESZCZEPIONIE WATROBY	13941	PUNKT ROZLICZENIOWY	165 866.0000	52,00	8 625 032.00	
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								8 625 032.00	

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	958 360,00	Luty	958 360,00	Marzec	958 360,00	Kwiecień	958 360,00
	Maj	958 360,00	Czerwiec	958 308,00	Lipiec	958 308,00	Sierpień	958 308,00
	Wrzesień	958 308,00	Październik	0,00	Listopad	0,00	Grudzień	0,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	1	Kod zakresu	03.4654.033.02	Nazwa zakresu	PRZESZCZEPIONIE WATROBY				
Kod miejsca	13941	Nazwa miejsca			ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ				
Adres miejsca					71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4	TERYT	3262011		
					Styczeń	Luty	Marzec		
liczba*cena				18430* 52,00		18430* 52,00		18430* 52,00	
wartość				958 360,00		958 360,00		958 360,00	
					Kwiecień	Maj	Czerwiec		
liczba*cena				18430* 52,00		18430* 52,00		18429* 52,00	
wartość				958 360,00		958 360,00		958 308,00	
					Lipiec	Sierpień	Wrzesień		
liczba*cena				18429* 52,00		18429* 52,00		18429* 52,00	
wartość				958 308,00		958 308,00		958 308,00	
					Październik	Listopad	Grudzień		
liczba*cena				0* 0,00		0* 0,00		0* 0,00	
wartość				0,00		0,00		0,00	

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

Data sporządzenia:

18-12-2014

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Z upr. Dyrektora
Załącznik nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-18
Nazwa: ...

DYREKTOR
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony
dr med. Mariusz Piotrak

ANEKS Nr 1
DO UMOWY Nr 16-00-00742-15-18/03-06-14-01a
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – LECZENIE SZPITALNE
ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
2015 -01- 15
WPLYNĘŁO (3)
Nr Podpis

zawarty w Szczecinie, dnia 13 stycznia 2015 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 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy	MARIUSZ PIETRZAK
Adres siedziby	71-455 SZCZECIN ARKOŃSKA 4

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”

§ 1

W związku z wyborem Świadczeniodawcy w postępowaniu prowadzonym w trybie rokowań, poprzedzającym zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie świadczeń: **kardiologiczne zabiegi interwencyjne <18 r.ż.**, od dnia 01 stycznia 2015 roku, w umowie określonej we wstępie wprowadza się następujące zmiany:

1) § 4 ust. 1 otrzymuje nowe brzmienie:

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2015r. do dnia 30.09.2015r. wynosi maksymalnie 8 890 024,00 zł (słownie: **osiem mln osiemset dziewięćdziesiąt tys dwadzieścia cztery zł 00/100**).

2) Załącznik nr 1 do umowy - Plan rzeczowo-finansowy, otrzymuje nowe brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.

3) Załącznik nr 2 do umowy - Harmonogram - zasoby, ulega zmianie w zakresie wskazanym w załączniku do niniejszego aneksu.

4) Załącznik nr 3 do umowy - Wykaz podwykonawców, otrzymuje nowe brzmienie, określone w załączniku do niniejszego aneksu.

§ 2

Aneks 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
Oddziału Publicznego
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Mariusz Pietrzak
.....
Świadczeniodawca

p.o. DYREKTOR
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dariusz Ruczyński
Z-ca Dyrektora ds. Właściwości Finansowych
.....
Oddział Funduszu

Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 do umowy - Plan rzeczowo-finansowy,
- 2) Załącznik nr 2 do umowy - Harmonogram - zasoby (zmiany w potencjale umowy wynikające z aneksu).
- 3) Załącznik nr 3 do umowy - Wykaz podwykonawców.

PLAN RZECZOWO FINANSOWY za nr 1 do umowy nr 16-00-00742-15-18 (03-06-14-01)		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego	
rodzaj świadczeń: LECZENIE SZPITALNE		16-00-00742-15-18-01 OW NFZ	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		160000742	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY	

Okres rozliczeniowy od 2015-01-01 do 2015-09-30									
Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udziel świadczeń	Jednostka rozlicz	Liczba jednostek rozlicz	Cena jednostki rozlicz (zł)	Wartość (zł)	Kod limitu
1		03.4604.033.02	PRZESZCZEPIONIE WATROBY	13941	PUNKT ROZLICZENIOWY	165 866,0000	52,00	8 625 032,00	
2	16-15-000010/SZP/03/6/03-4604.033.02/04	03.4604.033.02	KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE<18 R.Z	13968	PUNKT ROZLICZENIOWY	5 096,0000	52,00	264 992,00	
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								8 890 024,00	

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	987 844,00	Luty	987 844,00	Marzec	987 792,00	Kwiecień	987 792,00
	Maj	987 792,00	Czerwiec	987 740,00	Lipiec	987 740,00	Sierpień	987 740,00
	Wrzesień	987 740,00	Październik	0,00	Listopad	0,00	Grudzień	0,00

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje								
Pozycja	Kod miejsca	Kod zakresu	Nazwa zakresu	PRZESZCZEPIONIE WATROBY				
	13941	03.4604.033.02		ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ				
				71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 TERYT 3262011				
				Styczeń	Luty	Marzec		
liczba*cena				18430* 52,00	18430* 52,00	18430* 52,00		
wartość				958 360,00	958 360,00	958 360,00		
				Kwiecień	Maj	Czerwiec		
liczba*cena				18430* 52,00	18430* 52,00	18430* 52,00		
wartość				958 360,00	958 360,00	958 360,00		
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień		
liczba*cena				18429* 52,00	18429* 52,00	18429* 52,00		
wartość				958 308,00	958 308,00	958 308,00		
				Październik	Listopad	Grudzień		
liczba*cena				0* 0,00	0* 0,00	0* 0,00		
wartość				0,00	0,00	0,00		

Pozycja	Kod miejsca	Kod zakresu	Nazwa zakresu	KARDIOLOGICZNE ZABIEGI INTERWENCYJNE<18 R.Z				
	13968	03.4604.033.02		ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ				
				71-455 SZCZECIN ul. ARKONSKA 4 TERYT 3262011				
				Styczeń	Luty	Marzec		
liczba*cena				567* 52,00	567* 52,00	566* 52,00		
wartość				29 484,00	29 484,00	29 432,00		
				Kwiecień	Maj	Czerwiec		
liczba*cena				566* 52,00	566* 52,00	566* 52,00		
wartość				29 432,00	29 432,00	29 432,00		
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień		
liczba*cena				566* 52,00	566* 52,00	566* 52,00		
wartość				29 432,00	29 432,00	29 432,00		
				Październik	Listopad	Grudzień		
liczba*cena				0* 0,00	0* 0,00	0* 0,00		
wartość				0,00	0,00	0,00		

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

Data sporządzenia:

08-01-2015

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

[illegible]