Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zamawiający:**

**15 Wojskowy Oddział Gospodarczy,**

ul. Narutowicza 10 A, 70-231 Szczecin

Ja/My niżej podpisany/ni działając w imieniu i na rzecz:

……………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa i adres wykonawcy)*

Tel./Fax ……………………………… e-mail: ……………………………..……

NIP: …………………………………… REGON: ………………..…………………

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne i inne szczególne usługi w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, pn.:

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji będących na jego zaopatrzeniu w miejscowości Stargard**

składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia na warunkach określonych w SWZ.

* Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia **za cenę** (*zamówienie podstawowe za rok 2024, zgodnie z Formularzem cenowym zał. nr 5A do SWZ*): ……………………… zł brutto

(słownie ……………………..)

* Wartość zamówienia opcjonalnego *(za rok 2024,* zamówienie opcjonalne stanowi 300% wartości zamówienia podstawowego*)*: ……………… zł brutto

(słownie ……….…….…....)

* Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia **za cenę** (*zamówienie podstawowe za rok 2025, zgodnie z Formularzem cenowym zał. nr 5B do SWZ*): ………………zł brutto

(słownie ……………………..)

* Wartość zamówienia opcjonalnego *(za rok 2025,* zamówienie opcjonalne stanowi 300% wartości zamówienia podstawowego*)*: ……………… zł brutto

(słownie ……….…….…....)

1. **Oświadczamy, że:**
2. zapoznaliśmy się z postanowieniami SWZ wraz z jej wszystkimi załącznikami oraz zmianami i wyjaśnieniami, które przyjmujemy jako wiążące w niniejszym postępowaniu oraz w razie wyboru naszej oferty także w trakcie realizacji zamówienia;
3. zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ   
   oraz obowiązującymi przepisami prawa;
4. jesteśmy związani ofertą przez okres wskazany w SWZ, tj. 90 dni od upływu terminu składania ofert;
5. w cenach oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
6. zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, określonymi w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. **Liczba obiektów medycznych, w których będą świadczone usługi medyczne wynosi: ………………………………………..**

*(należy wskazać liczbę obiektów)*

Wykonawca poda poniżej adresy obiektów/placówek medycznych, w których będzie realizowane zamówienie i wskaże: nazwę placówki, dane adresowe oraz wskaże, czy placówka należy do Wykonawcy, czy Podwykonawcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa placówki | Adres | Placówka Wykonawcy/  Podwykonawcy |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

Przez obiekt medyczny rozumie się każde miejsce świadczenia usług, które wchodzą w skład przedmiotu zamówienia i posiadają inny adres. Ze względu na konieczność sprawnego i efektywnego wykonywania zamówienia, Zamawiający nie dopuszcza realizacji zamówienia w 5 i więcej obiektach medycznych. **W przypadku nie wskazania żadnego obiektu w formularzu ofertowym w pkt. 2 lub wskazania przez Wykonawcę 5 i więcej takich obiektów medycznych**, **Zamawiający odrzuci taką ofertę**. Zamawiający jednocześnie informuję, że w powyższym wykazie należy uwzględnić, jedynie miejsca w granicach administracyjnych miasta Stargard, w których faktycznie w trakcie realizacji usług przebywać będzie osoba skierowana na badania, np. gabinety lekarskie, punkt pobrań badań do laboratorium.

1. Oświadczamy, że osoby skierowane na badania mogą się rejestrować w następujący sposób:
2. Rejestracja telefoniczna pod numerem: ………………………………………..………
3. Rejestracja on-line/e-mail: ………………………………………………………………..
4. Wszelkie należności wynikające z zawartej umowy na skutek wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej należy wpłacać na nr rachunku bankowego: ………………………………………………………………………………………………………
5. Wykonawca jest [[1]](#footnote-1):

* mikro,
* małym,
* średnim przedsiębiorcą
* innym *(należy wskazać jakim)* ……………………..

1. Oświadczenie dotyczące Podwykonawców.

Wskazujemy, że niniejsze zamówienie zrealizujemy:

* sami
* przy udziale podwykonawców, którym zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia[[2]](#footnote-2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Podwykonawca (firma i adres) | Część zamówienia jaką Wykonawca zamierza powierzyć do wykonania podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

1. **Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:**

**Oświadczamy**, iż następujące usługi wykonają poszczególni Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (wskazać, której części dotyczy):

Wykonawca (nazwa): ……………………………….. wykona: ……………………………..\*

Wykonawca (nazwa): ……………………………….. wykona: ……………………………..\*

\* dotyczy jedynie Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

1. Zastrzegamy, że następujące informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art.11 ust.4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r.  
   o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t. j. Dz. U. 2020, poz. 1913, z późn. zm.): *(rodzaj dokumentu lub informacji)*

....................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………..

Wykonawca zgodnie z art. 18 ust. 3 Ustawy pzp zobowiązany jest, do uzasadnienia (załączonego do oferty) zastrzeżenia ww. informacji jako tajemnicy przedsiębiorstwa. Brak uzasadnienia, nie później niż w terminie składania ofert, skutkuje ich odtajnieniem.

1. **Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14** Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej „**RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu**.
2. **Upoważnionym do kontaktu** w sprawie przedmiotowego postępowania jest:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………..  
tel. …………………………….. e-mail: ………………………………………………….

................................................................................

*podpis Wykonawcy*

**Dokumenty należy podpisać elektronicznym podpisem kwalifikowanym (przez osobę upoważnioną do reprezentowania zgodnie z formą reprezentacji wykonawcy określoną w dokumencie rejestrowym).**

Załącznik nr 3 do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Składając ofertę w postępowaniu pn.: **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji wojskowych będących na jego zaopatrzeniu w miejscowości Stargard**, wskazujemy następujące osoby, które będą brały udział w realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko  – zakres wykonywanych czynności**  (zgodnie z SWZ – lekarz orzecznik/pracownik rejestracji) | **Posiadane kwalifikacje zawodowe - uprawnienia [[3]](#footnote-3)**  numer dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe  (prawo wykonywania zawodu lekarza, specjalizacje lekarza orzecznika) | **Podstawa do dysponowania osobami**  (\*niepotrzebne skreślić) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1.** |  |  |  | umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna\* |
| **2.** |  |  |  | umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna\* |
| **3.** |  |  |  | umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna\* |
| **4.** |  |  |  | umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna\* |

***UWAGA:*** *W razie konieczności tabelę powtórzyć lub dodać kolejne wiersze.*

*Należy wpisać właściwą podstawę dysponowania wskazaną osobą, np. dysponowanie bezpośrednie – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub dysponowanie pośrednie – w postaci zasobu innego podmiotu. W przypadku dysponowania osobami innych podmiotów na podstawie art.118 ustawy pzp, do oferty należy dołączyć pisemne zobowiązania tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.*

**Oświadczam/my, iż wyżej wskazane osoby posiadają wymagane prawem uprawnienia niezbędne do realizacji zamówienia.**

................................................................................

*data i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 4 do SWZ

**WYKAZ USŁUG**

Składając ofertę w postępowaniu pn.: **Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji wojskowych będących na jego zaopatrzeniu w miejscowości Stargard,** oświadczamy, że w okresie ostatnich trzech lat przed terminem składania ofert, a jeżeli okres działalności prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, zrealizowaliśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zamówienia – usługi oraz miejsce jej wykonywania** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Termin realizacji usługi**  **(data rozpoczęcia – data zakończenia dzień/miesiąc/rok)** | **Opis wykonanych usług**  **(w zakresie potwierdzającym spełnianie warunku udział w postępowaniu, o którym mowa pkt 5.1 ppkt. 4 lit. a SWZ)** | **Wartość brutto usług\***  (z VAT) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

**UWAGA: *Do niniejszego wykazu należy dołączyć dokumenty (poświadczenia, referencje, itp.) potwierdzające, że usługi wskazane w tabeli zostały należycie wykonane.*** *W razie konieczności tabelę powtórzyć lub dodać kolejne wiersze.*

*\* W przypadku wartości usług podanych w walucie innej niż polski złoty, wartość usług należy przeliczyć wg średniego kursu NBP z dnia opublikowania ogłoszenia o zamówieniu.*

................................................................................

*data i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 8 do SWZ

**OŚWIADCZENIE   
O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

**na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji wojskowych będących na jego zaopatrzeniu w miejscowości Stargard**

Numer postępowania: **41-ZP-08-24-124**

Ja niżej podpisany:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

……………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję nie przynależy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1689, z późn. zm.), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę;\*
2. oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję należy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1689, z późn. zm.) z następującym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, tj.:\*

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres Wykonawcy, który przynależy do tej samej grupy kapitałowej i złożył odrębną ofertę)*

Jednocześnie w celu wykazania braku podstawy wykluczenia składam dokumenty/ informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od Wykonawcy wskazanego w pkt 2 powyżej.\*\*

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

…………………………….  
*podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy\*\*\**

***Informacja dla wykonawcy:***

*\* zaznaczyć właściwe - niepotrzebne skreślić lub usunąć*

*\*\* w przypadku złożenia oświadczenia w pkt 2 należy przedłożyć wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub przedstawić informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od Wykonawcy przynależącego do tej samej grupy kapitałowej*

*\*\*\* Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.*

Załącznik nr 9 do SWZ

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W JEDZ**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji wojskowych będących na jego zaopatrzeniu w miejscowości Stargard**

Ja niżej podpisany:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

……………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz

……………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczeniaz postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

* art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp, dotyczących wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne;
* art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp, dotyczącego orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego;
* art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, dotyczącego zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji;
* art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp, dotyczących zakłócenia konkurencji wynikającego z wcześniejszego zaangażowania Wykonawcy lub podmiotu który należy z Wykonawcą do tej samej grupy kapitałowej w przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia;
* oraz art. 109 ust. 1 pkt 1, 7 i 8 ustawy Pzp.

**są aktualne / są nieaktualne\***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam/my, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*………………..……………*

*data i* *podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy\*\**

***Informacja dla wykonawcy:***

*\* zaznaczyć właściwe. W przypadku braku aktualności podanych uprzednio informacji dodatkowo należy złożyć stosowną informację w tym zakresie, w szczególności określić jakich danych dotyczy zmiana i wskazać jej zakres.*

*\*\*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.*

Załącznik nr 10 do SWZ

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby** *(wzór)*

w rozumieniu art. 118 ust 3 ustawy Pzp, do oddania do dyspozycji Wykonawcy

………………………………………..………………………………………….……………...

*(nazwa Wykonawcy)*

niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia pod nazwą pn.

**Zakup i dostawa materiałów eksploatacyjnych tj. bębnów, tonerów, atramentów i innych do urządzeń drukujących tj. drukarek, urządzeń wielofunkcyjnych, faksów**

Działając w imieniu i na rzecz:

………………………………………..………………………………………….………..……

*(nazwa Podmiotu udostępniającego zasoby, dane adresowe)*

Zobowiązuję się do oddania zasobów - zdolności technicznej, na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia:

**Oświadczam, iż:**

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

…………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………….....

1. czy i w jakim zakresie podmiot, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje dostawy, których wskazane zdolności dotyczą:

**zrealizuję/nie zrealizuję**\*, w zakresie:

………………………………………………………………………………………………...………

………………………………………………………………………………………………...………

………………. dnia …………2022 roku

*……………………………………………..*

*Podpis podmiotu udostępniającego zasoby*

*(Powyższy formularz stanowi jedynie wzór, Wykonawca może przedłożyć zobowiązanie w innej formie, albo inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami cudzych podmiotów).*

*Dokument należy sporządzić w postaci elektronicznej i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*

*Informacja:*

*\*zaznaczyć właściwe*

Załącznik nr 11

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Ja (My), niżej podpisany(ni):

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­……………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/-nych do reprezentowania)*

działając w imieniu i na rzecz:

…………………………………………………………………………………………………………..……….

*(nazwa Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie/Podmiotu udostępniającego zasoby)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla żołnierzy zawodowych i pracowników RON 15 Wojskowego Oddziału Gospodarczego oraz jednostek i instytucji będących na jego zaopatrzeniu**

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY\*:

**Oświadczam/y, że posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia** i wykazuje/my się aktualnym odpisem rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lub Wojewodę właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego i podaję/my numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 i 106 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023, poz. 991, z późn. zm.), a w przypadku prowadzenia pracowni psychologicznej wpis do rejestru przedsiębiorców prowadzących pracownie psychologiczną zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. 2023, poz. 221, z późn. zm.), tj.:

**……………………………………..……..**

INFORMACJA DOTYCZĄCA PODWYKONAWCY/ZASOBÓW TRZECICH\*\*:

**Oświadczam/y, że wskazani Podwykonawcy/Zasoby trzecie posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia** i wykazują się aktualnym odpisem rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lub Wojewodę właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego i podaję/my numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 i 106 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023, poz. 991, z późn. zm.), a w przypadku prowadzenia pracowni psychologicznej wpis do rejestru przedsiębiorców prowadzących pracownie psychologiczną zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. 2023, poz. 221, z późn. zm.), tj.:

* **…………………………………..……..**
* **…………………………………..……..**

................................................................................

*data i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\*Niniejsze oświadczenie wypełnia Wykonawca, w przypadku oferty wspólnej oddzielnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o dzielenie zamówienia.

\*\*Wykonawca w niniejszym oświadczeniu podaje numer wpisu Podwykonawcy/Zasobów trzecich do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. Zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwego kwadratu/skreślenie błędnej odpowiedzi. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwego kwadratu/skreślenie błędnej odpowiedzi. W przypadku braku zaznaczenia/nieskreślania odpowiedniego sposobu realizacji, niewpisania informacji dotyczących podwykonawców, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zamierza wykonać zamówienie samodzielnie. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Wykonawca ma obowiązek wykazać w sposób jednoznaczny spełnianie warunków udziału w postępowaniu. Należy wykazać kwalifikacje i uprawnienia potwierdzające spełnienie warunku udziału w postępowaniu, określonego w rozdz. 5 pkt 5.1 ppkt. 4) lit. b) SWZ w zakresie dotyczącym lekarza orzecznika*  [↑](#footnote-ref-3)