

Umowa Nr/Z/m / 2014

w sprawie wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy – wykonywanie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia

zawarta w dniu 2014 roku

pomiędzy:

Województwem Łódzkim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego, w imieniu którego działają:

1. Dariusz Klimczak – Członek Zarządu Województwa Łódzkiego,
2. Magdalena Amrozik – Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej,

na podstawie uchwały Zarządu Województwa Łódzkiego Nr 1514/13 z dnia 30 października 2013 roku: w sprawie udzielenia upoważnienia

zwanym „Województwem”

a

.....

reprezentowanym przez

zwanym „Zakładem”

Na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy oraz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, strony zawierają niniejszą umowę o następującej treści:

§ 1

Województwo udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy, a Zakład przyjmuje obowiązek jego realizowania tj. wykonywanie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów i uczestników studiów doktoranckich oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną.

§ 2

1. Strony zgodnie ustalają, iż w okresie od 1 stycznia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku zostanie przebadanych osób (bez względu na ilość wydanych orzeczeń dla jednej osoby).
2. Strony ustaliły, iż koszt przebadania jednej osoby wynosi ... zł. brutto (słownie złotych brutto:).

§ 3

1. Województwo zobowiązuje się przekazać środki za wykonane świadczenia zdrowotne w 2014 roku zakończone wydaniem orzeczenia, wg określonej w § 2 ust. 2 stawki do wysokości zł. brutto (słownie złotych brutto:
2. Zakład zobowiązuje się do przedłożenia poprawnie wystawionej faktury za wykonane świadczenia zdrowotne w nieprzekraczalnym terminie do 7 dni po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego, tj. jednego miesiąca kalendarzowego. Fakturę dotyczącą miesięcy styczeń – marzec 2014 roku Zakład zobowiązany jest do wystawienia i przedłożenia w nieprzekraczalnym terminie do 30 kwietnia 2014 roku. Faktura za miesiąc listopad 2014 roku winna być dostarczona nie później niż do 3 grudnia 2014 roku.
3. W sytuacji, gdy Zakład w danym okresie rozliczeniowym, tj. jednego miesiąca kalendarzowego nie przedłoży faktury za wykonane zadanie zobowiązany jest do powiadomienia na piśmie Województwa o powyższym fakcie, w terminie wymienionym w ust. 2.
4. Każdorazowo do faktury należy dołączyć rozliczenie wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 i Nr 1a (w formie papierowej i elektronicznej pod adres email: medycyna.pracy@lodzkie.pl), Nr 2 oraz oświadczenie stanowiące załącznik Nr 3 do umowy. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów w załącznikach, Województwo zwróci Zakładowi dokumenty celem ich poprawienia bądź uzupełnienia. W przypadku wystąpienia błędów na fakturze, które wymagają wystawienia faktury korygującej Zakład zobowiązany jest do jej wystawienia w terminie 5 dni od daty otrzymania pisma od Województwa. Termin płatności liczony będzie od daty ponownego wpływu prawidłowo wystawionych wszystkich dokumentów.
5. Faktury wystawione za okres od 1 stycznia do 30 listopada 2014 roku będą płatne przelewem na rachunek bankowy Zakładu wskazany na fakturach, w terminie do 30 dni licząc od daty doręczenia poprawnie wystawionych dokumentów do siedziby Województwa. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Województwa.
6. Faktury należy wystawiać dla Województwa Łódzkiego kod 90-051, Al. Piłsudskiego 8, NIP 725-17-39-344 i powinny zawierać informację o nazwie zadania, okresie rozliczeniowym, którego dotyczy oraz numerze umowy, na podstawie której została wystawiona. Faktury powinny również zawierać informację o podstawie prawnej zwolnienia usługi z podatku VAT.
7. Województwo zobowiązuje Zakład do realizacji świadczeń zdrowotnych w okresie rozliczeniowym do kwoty nie wyższej niż 1/12 należności określonej w ust. 1.
8. W przypadku wykonania świadczeń zdrowotnych w okresie rozliczeniowym za kwotę niższą niż 1/12 należności określonej w ust. 1, Zakład może w kolejnym okresie rozliczeniowym wykonać świadczenia za kwotę wyższą, jednakże nie przekraczającą następującej proporcji: liczba okresów rozliczeniowych w stosunku do ogólnej liczby okresów rozliczeniowych.
9. W terminie do 29 grudnia 2014 roku Zakład otrzyma zaliczkę na wykonanie świadczeń zdrowotnych za miesiąc grudzień 2014 roku na konto bankowe o numerze na kwotę wynikającą z różnicy pomiędzy wielkością nakładów poniesionych od początku realizacji zadania do dnia 30 listopada 2014 roku, a wielkością nakładów pozostałych do zakończenia zadania.
10. Zakład zobowiązuje się do wystawienia faktury za miesiąc grudzień 2014 roku w terminie do 31 grudnia 2014 roku. Dokumenty księgowe wystawione po tym terminie nie będą podlegały rozliczeniu.
11. Zakład zobowiązuje się do dostarczenia faktury za miesiąc grudzień 2014 roku wraz z załącznikami określonymi w ust. 4 w nieprzekraczalnym terminie do dnia 5 stycznia 2015 roku.
12. W terminie do dnia 5 stycznia 2015 roku Zakład bezwzględnie dokona zwrotu niewykorzystanych środków za miesiąc grudzień 2014 roku, wynikających z różnicy między zaliczką a wystawioną fakturą, na konto: Bank Polski Kasa Opieki S. A. XI O/ Łódź Nr 62 124030731111001002690860. Za termin zwrotu środków przyjmuje się datę uznania rachunku bankowego Województwa.

13. W przypadku nieterminowego zwrotu środków, o których mowa w ust. 12 naliczone zostaną odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia 6 stycznia 2015 roku.
14. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów na fakturze lub w załączniku Nr 1 za miesiąc grudzień 2014 roku, Województwo zwróci Zakładowi dokumenty celem ich poprawienia. Zakład zobowiązany jest do wystawienia faktury korygującej w nieprzekraczalnym terminie 2 dni od daty otrzymania pisma od Województwa.
15. W przypadku zakwestionowania rozliczenia za miesiąc grudzień 2014 roku mającego skutek finansowy, Zakład zobowiązany jest do zwrotu środków wynikających z różnicy między wystawioną fakturą za grudzień 2014 roku a fakturą korygującą za ten miesiąc w terminie, o którym mowa w ust.14.
16. W przypadku nieterminowego zwrotu środków, o których mowa w ust. 15 naliczone zostaną odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia jak w ust. 14.
17. Środki finansowe, o których mowa w ust.1 wykorzystane na cele inne niż określone w umowie podlegają zwrotowi na konto Województwa.
18. Zakazuje się zbywania na rzecz osób trzecich wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.

§ 4

1. Województwo zobowiązuje Zakład do udostępnienia w formie papierowej osobom badanym w ramach niniejszej umowy ankiety badania satysfakcji z przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 oraz do przekazania wypełnionych ankiet do Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w terminie do 7 dni po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego, tj. jednego miesiąca kalendarzowego.
2. Wzór ankiety badania satysfakcji, o której mowa w ust. 1 stanowi załącznik Nr 4 do niniejszej umowy.

§ 5

W przypadku wystąpienia okoliczności, które powodują zwiększenie lub zmniejszenie liczby uczniów objętych realizacją zadań według niniejszej umowy, strony mogą przystąpić do renegotjowania warunków umowy.

§ 6

1. Zadanie określone w § 1 będzie realizowane w niżej wymienionej placówce:
.....
.....
.....
2. Zakład zobowiązuje się podać do wiadomości publicznej informację o zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy poprzez zamieszczenie jej na tablicy ogłoszeń w Łodzi
.....
.....

§ 7

1. Zakład oświadcza, iż przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za wykonywanie zadania objętego umową przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.
2. Zakład nie może powierzyć wykonywania zadania objętego umową osobie trzeciej.

§ 8

1. Województwo, w imieniu którego działa Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego lub Departament Kontroli i Skarg Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego może w trakcie umowy i po jej wygaśnięciu przeprowadzić w Zakładzie kontrolę w zakresie:
 - a) sposobu wykonania zadania, ilości wydanych orzeczeń i przebadanych osób,
 - b) sposobu wykorzystania środków publicznych przekazanych na realizację świadczeń,
 - c) oceny prawidłowości dokonanych rozliczeń finansowych.
2. Zakład zobowiązuje się poddać kontroli określonej w ust. 1 i wykonać wszelkie zalecenia pokontrolne.

§ 9

Jeżeli Województwo lub wyznaczona i upoważniona przez niego osoba w wyniku przeprowadzonej kontroli, stwierdzi uchybienia i wyda stosowne zalecenia pokontrolne wyznaczając termin usunięcia uchybienia, a Zakład nie usunie ich w wyznaczonym terminie, umowa może zostać rozwiązana po upływie wyznaczonego terminu bez wypowiedzenia.

§ 10

Zakład zobowiązuje się do dokonania niezbędnych ubezpieczeń, w tym z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

§ 11

Umowa zawarta zostaje na czas określony i obowiązuje do dnia 31 grudnia 2014 roku ze skutkiem prawnym od 1 stycznia 2014 roku.

§ 12

1. Województwo może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym, a w sytuacji gdy kwoty zostały wypłacone, postawić w stan natychmiastowej wymagalności w razie wystąpienia następujących okoliczności tj. gdy Zakład:
 - a) przedstawił nierzetelne lub nieprawdziwe dane i dokumenty, na podstawie których dokonał rozliczeń miesięcznych,
 - b) wykorzystał przyznane środki finansowe w całości lub w części niezgodnie z przeznaczeniem,
 - c) podjął działania sprzeczne z umową,
 - d) nie wykonał zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie,
 - e) nie przystąpił do realizacji umowy w okresie trzech miesięcy kalendarzowych po jej podpisaniu.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przystąpienie do realizacji umowy w okresie określonym w ust. 1 lit. e Zakład jest zobowiązany do pisemnego wyjaśnienia. Wyjaśnienia powinny być złożone przez Zakład bez wezwania ze strony Województwa. Treść uzasadnienia może spowodować, iż umowa nie zostanie rozwiązana.

§ 13

1. W przypadku wystąpienia okoliczności wymienionych w § 12 ust. 1 lit. a), c) i d) Zakład zapłaci Województwu karę umowną w wysokości 1% wartości umowy określonej w § 3 ust.1.
2. W razie nie przystąpienia lub odstąpienia Zakładu od realizacji umowy z winy leżącej po jego stronie, Zakład zapłaci Województwu karę umowną w wysokości 10% wartości umowy określonej w § 3 ust.1.
3. Kara umowna winna być wpłacona na rachunek Województwa w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zakład noty księgowej, wystawionej przez Województwo.

4. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy tj. w szczególności likwidacji Zakładu bądź braku osób uprawnionych do realizowanych przez Zakład zadań, Województwo odstąpi od naliczenia kary umownej.

§ 14

Od środków wykorzystanych przez Zakład niezgodnie z przeznaczeniem (§ 12 ust. 1 lit. b) zostaną naliczone odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych od dnia ich przekazania z rachunku Województwa.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 roku oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

§ 16

Spory z niniejszej umowy, które mogą wyniknąć w trakcie jej realizacji będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Województwa.

§ 17

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają pod rygorem nieważności, zgody stron w formie aneksu.
2. Zakład zobowiązany jest do powiadomienia Województwa w ciągu 5 dni o zmianie nazwy i siedziby, numeru konta bankowego oraz zmian dotyczących jego statusu jako podatnika VAT-u.

§ 18

Umowę sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa egzemplarze dla każdej ze stron.

Województwo:

Zakład:

Zapiniowano pod względem
formalno - prawnym

07.02.2014

RADCA PRAWNY

Ld-M-1285

Magdalena Łaskowska

5


Zastępca Dyrektora
Magdalena Amrozik

Wykaz osób przebadanych w miesiącu 2014 roku
 (dotyczy kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół i studentów)

Załącznik Nr 1 do umowy Nr ...Z/m...../2014

Lp	Nazwisko i imię ucznia/studenta	PESEL ucznia/studenta	Kod pocztowy	Adres zamieszkania ucznia/studenta (miejscowość ulica i numer domu)	Nazwa szkoły, adres szkoły kierującej ucznia/studenta na badania (miejscowość, ulica i numer)	Zawód ucznia lub kierunek studiów	Rodzaj narażenia	Zakres wykonywanych świadczeń									
								9	10	11	12	13	14	15	16	17	
								Badania wstępne	Badania okresowe	Badanie lekarza uprawnionego	Badania laboratoryjne	Inne badania	Przebadano ucznia przez 1 specjalistę	Przebadano ucznia przez 2 specjalistów	Przebadano ucznia przez 3 specjalistów	Przebadano ucznia przez więcej niż 3 specjalistów	
1	2	3	4	6	6	7	8										
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
RAZEM								0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Numer telefonu i podpis
osoby sporządzającej dokument

Podpis i pieczęć
Głównego Księgowego

Podpis i pieczęć
Dyrektora Zakładu

kol. 12 - Badania laboratoryjne (podać ilość badań).

kol. 13 - Inne badania (podać ilość badań).

Lp	Nazwisko i imię osoby przebadanej	PESEL osoby przebadanej	Kod pocztowy	Adres zamieszkania osoby przebadanej (miejscowość ulica i numer domu)	Nazwa i adres placówki kierującej na badania (miejscowość, ulica i numer)	Zawód	Rodzaj narażenia	Zakres wykonywanych świadczeń										Data wydania zaświadczenia
								Badania wstępne	Badania okresowe	Badanie lekarza uprawnionego	Badania laboratoryjne	Inne badania	Przebadano ucznia przez 1 specjalistę	Przebadano ucznia przez 2 specjalistów	Przebadano ucznia przez 3 specjalistów	Przebadano ucznia przez więcej niż 3 specjalistów		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
RAZEM								0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Numer telefonu i podpis
osoby sporządzającej dokument

Podpis i pieczęć
Głównego Księgowego

Podpis i pieczęć
Dyrektora Zakładu

kol. 12 - Badania laboratoryjne (podać ilość badań).

kol. 13 - Inne badania (podać ilość badań).

Informacja dotycząca przekazywania środków finansowych w miesiącu

2014 roku

Załącznik Nr 2 do umowy Nr .../Z/m .../2014

Lp	Miesiąc rozliczeniowy	Środki finansowe przekazane przez Województwo Łódzkie w zł.		Rozliczenie za wykonane usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy (badania uczniów) zgodnie z zawartą umową Nr							
		Data	Kwota	Ilość osób	Wartość zadania zgodnie z zawartą umową na 2014 rok	Środki rozliczone przez jednostkę (zgodnie z fakturą) w 2014 roku	Numer faktury	Data wpływu księgowego	Nakłady poniesione od początku realizacji zadania w 2014 roku	Wielkość środków pozostała do zakończenia zadania	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
		X			Wartość zadania zgodnie z zawartą umową na 2014 rok						
1	styczeń										
2	luty										
3	marzec										
4	kwiecień										
5	maj										
6	czerwiec										
7	lipiec										
8	sierpień										
9	wrzesień										
10	październik										
11	listopad										
12	grudzień										
	zwrot niewykorzystanej zaliczki										
	RAZEM	X	-	0	X	-	X	X	-	-	

Numer telefonu i podpis osoby sporządzającej dokument

Podpis i pieczęć Głównego Księgowego

Podpis i pieczęć Dyrektora Zakładu

.....
Pieczęć Zakładu

Oświadczenie

Oświadczam, iż zakład
(podać pełną nazwę zakładu)

.....
w miesiącu 2014 roku, nie został zlikwidowany, bądź nie jest
w likwidacji i posiada personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach.

.....
Miejscowość, Data

.....
Pieczęć i podpis
Dyrektora Zakładu

Ankieta badania satysfakcji dot. wykonywania badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich.

Prosimy o rzetelne ocenienie realizacji badań w placówce, która zrealizowała Pani/Pana skierowanie, zgodnie z zawartymi poniżej pytaniami. Dzięki Pani/Pana ocenie będziemy mogli poprawić warunki badań w przyszłości.

Wypełniając prosimy postawić znak X w kratce z daną oceną.

W przypadku pytań dotyczących Pani/Pana zadowolenia prosimy o ocenę w następującej skali:

Zadowolenie w skali	
Ocena negatywna	Ocena pozytywna
raczej niezadowolona/ny	bardzo zadowolona/ny
niezadowolona/ny	zadowolona/ny
bardzo niezadowolona/ny	przeciętnie zadowolona/ny

W pozostałych przypadkach prosimy o odpowiedzi zgodnie z charakterem poszczególnych pytań.

1. Jestem kandydatem/tką, uczniem/cą, studentem/tką lub doktorantem/tką szkoły:

Ponadpodstawowej	Ponadgimnazjalnej	Wyższej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. W jakim stopniu Pani/Pan ocenia usługi świadczone przez oddział rejestracji placówki realizującej badania?

bardzo niezadowolona/ny	niezadowolona/ny	raczej niezadowolona/ny	przeciętnie zadowolona/ny	zadowolona/ny	bardzo zadowolona/ny
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. W jakim stopniu Pani/Pan ocenia usługi świadczone podczas wywiadu pielęgniarzkiego?

bardzo niezadowolona/ny	niezadowolona/ny	raczej niezadowolona/ny	przeciętnie zadowolona/ny	zadowolona/ny	bardzo zadowolona/ny
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. W jakim stopniu Pani/Pan ocenia wizytę u lekarza orzecznika?

bardzo niezadowolona/ny	niezadowolona/ny	raczej niezadowolona/ny	przeciętnie zadowolona/ny	zadowolona/ny	bardzo zadowolona/ny
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Czy lekarz terminowo (zgodnie z informacją dostępną w placówce) wykonywał swoje obowiązki (rozpoczęcie i zakończenie dyżuru itp.)?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Czy badany otrzymał skierowanie do lekarzy specjalistów?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Czy w jednostce realizującej badania istniała możliwość przeprowadzenia badań/konsultacji specjalistycznej (zgodnie z wydanym skierowaniem przez lekarza orzecznika)?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Czy została/ał Pani/Pan poinformowana/ny o przysługujących Pani/Panu prawach (w tym prawie do złożenia odwołania od decyzji lekarza orzecznika)?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Czy w trakcie wizyty i badań uwzględniono Pani/Pana prawa, jako pacjenta (prawa do wiedzy na temat procedury medycznej, prawo do poszanowania intymności itp.)?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Proszę ocenić czas Pani/Pana oczekiwania w rejestracji:

długi czas oczekiwania	bez zbędnej zwłoki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Proszę ocenić czas oczekiwania w kolejce do lekarza orzecznika:

długi okres oczekiwania	bez zbędnej zwłoki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Badania udało się Pani/Panu zrealizować w ciągu:

1 dnia	2 dni	3 dni	powyżej 3 dni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. W przypadku realizacji badań w ciągu 3 dni i powyżej 3 dni było to spowodowane:

brakiem terminów przyjęć przez lekarza orzecznika	brakiem terminów przyjęć przez specjalistę lub brakiem specjalisty w jednostce	oczekiwaniem na wyniki badań	długimi kolejkami	innymi przyczynami
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Czy polecił/ał by Pani/Pan jednostkę realizującą Pani/Pana badania innym?

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.