UMOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NR ……
W PRACOWNI DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

zawarta w dniu **…… 2026 r.** w Otwocku pomiędzy:

Powiatowym Centrum Zdrowia Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Stefana Batorego 44, 05-400 Otwock, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, Wydział XIV Gospodarczy KRS, pod numerem KRS 0000439686, NIP 532 20 44 744, REGON 146378640, reprezentowanym przez:
Pana Damiana Wronę – Prezesa Zarządu
zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienie**”,
a
Panem/ią **……**, prowadzący/ą Działalność gospodarczą pod firmą „……”, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z siedzibą pod adresem: ……., Wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą nr ……., posiadającą NIP ……., REGON …….., PWZ …….
zwanym/ą dalej **Przyjmującym Zamówienie**.

łącznie zwanymi dalej: „**Stronami**” lub osobno „**Stroną**”.

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku Konkursu Ofert (nr 83/2026) na udzielanie świadczeń w zakresie fizyki medycznej.

§ 1
Przedmiot Umowy

1. Udzielający Zamówienia udziela, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielanie świadczeń w zakresie fizyki medycznej w Pracowni Diagnostyki Obrazowej, polegających w szczególności na:
   1) optymalizacji ochrony radiologicznej pacjentów i innych osób poddawanych ekspozycjom medycznym, w tym na stosowaniu i wykorzystywaniu diagnostycznych poziomów referencyjnych tam, gdzie ma to zastosowanie;
   2) definiowaniu kryteriów jakości urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych na potrzeby programu zapewnienia jakości;
   3) przygotowywaniu specyfikacji technicznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych oraz wyborze urządzeń wymaganych do prowadzenia pomiarów w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
   4) analizie zdarzeń obejmujących lub potencjalnie obejmujących ekspozycje niezamierzone lub narażenia przypadkowe – wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu fizyki medycznej na zasadach określonych niniejszą umową oraz przepisami, regulaminami i postanowieniami kontraktów wiążącymi finansującego świadczenia zdrowotne ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia, na rzecz osób uprawnionych do uzyskania świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami na zasadach określonych w niniejszej Umowie.
2. Udzielanie świadczeń odbywać się będzie zgodnie z harmonogramem (dalej „**Harmonogram**”). Harmonogram obejmuje wyszczególnienie dni oraz godzin, w których Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń
3. Wzór Harmonogramu stanowi **załącznik nr 1** do Umowy.
4. Harmonogram ustalany jest przez Kierownika Pracowni lub osobę przez niego wyznaczoną w porozumieniu z Przyjmującym Zamówienie na trzymiesięczny okres rozliczeniowy (dalej: "**Okres rozliczeniowy”).**
5. Udzielający Zamówienia sporządza projekt Harmonogramu na każdy Okres rozliczeniowy.
6. Projekt Harmonogramu przekazywany jest Przyjmującemu Zamówienie najpóźniej do 15-go dnia miesiąca, poprzedzającego kolejny Okres rozliczeniowy. Przekazanie Harmonogramu nastąpi w formie dokumentowej.

7. Przyjmujący zamówienie może zgłosić uwagi do projektu Harmonogramu w terminie 3 dni od dnia jego odebrania. Niezgłoszenie uwag we wskazanym terminie oznacza akceptację projektu Harmonogramu.
8. Zmiany w Harmonogramie mogą zostać wprowadzone na podstawie zgodnego oświadczenia Stron, wyrażonego w formie dokumentowej.

§ 2
Oświadczenia Przyjmującego Zamówienie

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
   1) jest podmiotem wykonującym pozarolniczą działalność gospodarczą a niniejszą Umowę zawiera w ramach prowadzonej działalności;
   2) posiada wszelkie wymagane prawem kwalifikacje oraz uprawnienia wymagane bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa niezbędne do prawidłowego wykonywania niniejszej Umowy, zwłaszcza zaś posiada uprawnienia do wykonywania zawodu fizyka medycznego oraz odpowiedni stan zdrowia;
   3) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, zgodne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 3
Zobowiązania Stron

1. Do obowiązków Udzielającego Zamówienia należy:
   1) zapewnianie Przyjmującemu Zamówienie bieżącego zaopatrzenia w sprzęt i środki niezbędne do realizacji zadań wynikających z niniejszej Umowy, a będących na wyposażeniu Udzielającego Zamówienie;
   2) nieodpłatne udostępnienie pomieszczeń socjalnych.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
   1) rzetelnego wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową, z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych;
   2) stosowania się do powszechnie obowiązujących przepisów prawa, regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz wewnętrznych aktów prawnych i regulacji obowiązujących u Udzielającego Zamówienia, w tym w szczególności:
   a) zapewnienia ważności polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w § 2 pkt 3 Umowy, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy i jej okazywania na każde wezwanie Udzielającego Zamówienie;
   3) właściwego użytkowania sprzętu medycznego w sposób odpowiadający jego właściwościom i przeznaczeniu, zgodnie z zasadami prawidłowej obsługi oraz wyłącznie w celach związanych z wykonywaniem niniejszej Umowy;
   4) posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia oraz zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydanego przez lekarza medycyny pracy;
   5) zaopatrywania się we własnym zakresie i na własny koszt w odzież i obuwie ochronne oraz noszenia karty identyfikacyjnej zapewnionej przez Udzielającego Zamówienie;
   6) potwierdzania swojej obecności w siedzibie Udzielającego Zamówienie (przyjście/wyjście) w dni i godziny, wynikające z Harmonogramu, przy pomocy karty RCP. W przypadku braku albo zgubienia karty identyfikacyjnej, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia braku karty przełożonemu, a w przypadku jego nieobecności przesłania informacji o braku karty na adres mailowy: kadry@pcz-otwock.pl.
   7) samodzielnego dokonywania rozliczeń należności publicznoprawnych z właściwym urzędem skarbowym oraz do samodzielnego regulowania zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wynikających z przepisów o ubezpieczeniach społecznych i ubezpieczeniu zdrowotnym, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 4
Kontrola sposobu realizacji Umowy

1. Udzielający Zamówienie uprawniony jest do poddania kontroli czasu udzielania świadczeń w tym w szczególności godzin rozpoczęcia i zakończenia ich udzielania, przez Przyjmującego Zamówienie.
2. W przypadku zdarzeń losowych, uniemożliwiających punktualne dotarcie do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie przełożonego.
3. Za nieusprawiedliwione lub przekraczające 30 minut spóźnienie do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych oraz za jego nieusprawiedliwione, wcześniejsze opuszczenie Udzielający Zamówienie ma prawo nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną za każdy przypadek ww. naruszenia w wysokości 1 % całkowitej wartości netto faktury, wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie za miesiąc, w którym doszło do zdarzenia.
4. W przypadku nieprzystąpienia lub odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych w ustalonym w Harmonogramie czasie, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poinformowania o tym fakcie Udzielającego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się również do poddania każdorazowej kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie, osoby przez niego uprawnione oraz przez NFZ lub inny właściwy organ, w zakresie określonym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności w zakresie:
   1) sposobu udzielania świadczeń;
   2) prowadzenia dokumentacji medycznej;
   3) miejsca i czasu udzielania świadczeń;
   4) prawidłowego gospodarowania sprzętem, aparaturą medyczną i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5) prawidłowości dokonywanych rozliczeń procedur medycznych.

§ 5
Odpowiedzialność Przyjmującego Zamówienie

1. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienie przez organy, o których mowa w § 4 ust. 6 Umowy, kary, wynikającej z niewykonania lub nienależytego wykonywania niniejszej Umowy przez Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do zwrotu na rzecz Udzielającego Zamówienie pełnej wysokości nałożonej kary.
2. Za niewykonanie lub nienależyte wykonywanie Umowy przez Przyjmującego Zamówienie, Strony uznają w szczególności:
   1) niewłaściwe udzielenie świadczenia - niedotrzymanie harmonogramu testów,
   2) dopuszczenie do pracy niesprawnego sprzętu,
   3) brak prowadzenia dokumentacji sprzętu;
   4) niezgodne ze stanem faktycznym przedstawienie danych, stanowiących podstawę rozliczenia udzielonego świadczenia;
   5) naruszenie tajemnicy medycznej i RODO.
3. W przypadku zawinionego uszkodzenia lub zniszczenia mienia Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność finansową z tytułu wyrządzonych szkód. Jeśli wartość odszkodowania przewyższa wysokość miesięcznego wynagrodzenia, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do zapłaty różnicy na rachunek Udzielającego Zamówienia w uzgodnionym pomiędzy Stronami terminie. Strony dopuszczają także wypracowanie innego, uzgodnionego w drodze negocjacji, rozwiązania.
4. W przypadkach określonych w ust. 3 niniejszego paragrafu, każda ze Stron zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia drugiej Strony celem sporządzenia odpowiednich protokołów stwierdzających rodzaj i wysokość zaistniałych szkód, będących podstawą do naliczenia odszkodowania.

§ 6
Wynagrodzenie

1. Strony uzgadniają, że rozliczenia z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych następować będą w okresach miesięcznych.
2. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie miesięczne w wysokości **…… zł brutto (słownie: …… złotych).**
3. Podstawą rozliczeń i płatności za udzielone świadczenia zdrowotne jest faktura wraz z miesięczną Ewidencją obejmującą liczbę godzin udzielonych świadczeń (dalej: „**Miesięczna Ewidencja Czasu Pracy**"), które podlegać będą zatwierdzeniu przez pracownika Udzielającego Zamówienie na podstawie potwierdzonych przez Przyjmującego Zamówienie obecności, zgodnych z Harmonogramem.
4. Wzór Zestawienia określa **załącznik nr 2** do Umowy.
5. Faktury będą wystawiane przez Przyjmującego Zamówienie w formie ustrukturyzowanej (elektronicznej) za pośrednictwem **Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF)**. Datą wystawienia faktury jest dzień jej przesłania do KSeF i nadania przez system unikalnego numeru identyfikacyjneg
6. Za datę otrzymania faktury przez Zamawiającego uznaje się dzień jej udostępnienia w KSeF.
7. W razie wystąpienia problemów technicznych po stronie Przyjmującego Zamówienia lub w przypadku niedostępności bądź awarii systemu KSeF, uniemożliwiających wystawienie lub przesłanie faktury ustrukturyzowanej w KSeF w trybie „online", Przyjmujący Zamówienie wystawi fakturę poza systemem KSeF i prześle ją Udzielającemu Zamówienia na adres e-mail wskazany w ust. 9, z zachowaniem wszelkich wymogów przewidzianych w ustawie z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. Przesłanie faktury, o której mowa powyżej, stanowi doręczenie faktury Udzielającemu Zamówienia na potrzeby rozliczeń między Stronami, przy czym nie zwalnia Przyjmującego Zamówienie z obowiązku przekazania tej faktury do KSeF niezwłocznie po ustaniu przeszkody, nie później jednak niż w terminach przewidzianych w przepisach ww. ustawy.
8. Zatwierdzoną Miesięczną Ewidencję Czasu Pracy/Zestawienie należy przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail: faktura@pcz-otwock.pl. W tytule wiadomości należy wpisać numer faktury oraz nazwę Przyjmującego Zamówienie.
9. Termin płatności ustala się na **40 dni** licząc od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienia faktury wraz z zatwierdzoną Miesięczną Ewidencją Czasu Pracy/Zestawieniem. Warunkiem rozpoczęcia biegu terminu płatności jest przedłożenie zatwierdzonej Miesięcznej Ewidencji Czasu Pracy/Zestawienia, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielono świadczeń zdrowotnych. W przypadku stwierdzenia braków lub błędów termin płatności biegnie od dnia złożenia uzupełnienia.
10. Datą płatności jest dzień wydania dyspozycji obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
11. W przypadku zwłoki Udzielającego Zamówienia w wypłacie wynagrodzenia, Przyjmujący Zamówienie uprawniony jest do naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie.
12. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść wierzytelności wynikającej z niniejszej Umowy na stronę trzecią bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia, wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść wierzytelności wynikającej z niniejszej Umowy na stronę trzecią bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienie, wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, że nie dokona jakiejkolwiek czynności prawnej lub faktycznej, której bezpośrednim lub pośrednim skutkiem będzie zmiana wierzyciela z osoby Przyjmującego Zamówienie na inny podmiot. Niniejsze ograniczenie obejmuje w szczególności przelew, subrogację ustawową oraz umowną, zastaw, hipotekę oraz przekaz.

§ 7
Poufność

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w trakcie trwania Umowy, a także przez okres 2 (dwóch) lat od daty rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powziął wiadomość przy realizacji Umowy, w tym w szczególności wysokości swojego wynagrodzenia oraz informacji, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego Zamówienie w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. W przypadku naruszenia postanowień niniejszego paragrafu Udzielający Zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz wystąpić o odszkodowanie na zasadach ogólnych, określonych w Kodeksie cywilnym.

§ 8
Obowiązywanie Umowy

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. **od dnia 01.12.2026 r. do dnia 30.11.2028 r.**
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
   a) z upływem czasu na jaki została zawarta;
   b) z dniem zakończenia udzielania świadczeń;
   c) wskutek okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze udzielanie świadczeń ;
   d) wskutek oświadczenia jednej ze Stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
   e) na mocy porozumienia Stron.
3. Każda ze Stron ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga Strona w sposób rażący narusza postanowienia Umowy.
4. Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w szczególności, gdy Przyjmujący Zamówienie:

a) nie udokumentował przedłużenia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
b) w sposób nieusprawiedliwiony odmówił udzielenia świadczenia lub udzielił go w sposób rażąco i oczywiście nienależyty;
c) w sposób nienależyty udzielał świadczeń, a przypadki te miały charakter powtarzający się;
d) udzielał świadczeń po spożyciu alkoholu lub środków odurzających;
e) popełnił przestępstwo, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń, jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
f) pobierał opłaty na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu wykonywania świadczeń, będących przedmiotem Umowy.

§ 9
Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ewentualne spory powstałe na tle wykonywania niniejszej Umowy Strony będą rozstrzygać polubownie. W przypadku braku możliwości polubownego rozwiązania, spory będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy ze względu na siedzibę Udzielającego Zamówienie.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Wykaz Załączników:

1) Wzór Harmonogramu;
2) Wzór Ewidencji Czasu Pracy

…….. ……..

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13. ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informuje że:

1. Administratorem danych osobowych Przyjmującego Zamówienie jest Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą przy ul. Stefana Batorego 44, 05-400 Otwock;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej : **iod@pcz-otwock.pl**
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit b) i c) RODO w zw. Z art.26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której strona jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotem, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem)
5. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Przyjmujący Zamówienie ma prawo uzyskać kopie swoich danych osobowych w siedzibie administratora. Dodatkowo zgodnie z art.13 ust 2 RODO informuje że:
7. Państwa dane będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przechowywania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych;
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Przyjmującego Zamówienie.

……

Podpis Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 1

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
W POWIATOWYM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O

Miesiąc ……..rok ……

……
(imię i nazwisko)

DZIEŃ MIESIĄCA	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		RAZEM	

……
pieczęć i podpis lekarza

……
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

MIESIĘCZNA EWIDENCJA CZASU PRACY

Nr ewid.: **0000 /00** Nazwisko i Imię:

Stanowisko:
Miesiąc: Rok: Stat: **faktyczny**
Miejsce zatr.:

Okres rozliczeniowy:

Czas pracy do rozliczenia				Godziny pracy			Faktyczny czas	Godziny przepracowane w:								Nieobecności		Rozliczenie godz.nadl.		
dzień mies.	dzień tyg.		nom. czas pr. w godz.	Rodz.	Od	Do	w godz.	godz. nadlicz-bowe	niedz. i święta	dod. dzień wolny	pora nocna	dyżury	inne	pozo-stałe	dyżury pod telef.	Rodzaj	Ilość godzin	100%	50%	do wyb.
1	Wt	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
2	Śr	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
3	Cz	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
4	Pi	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
5	So	W	0:00																	
6	Ni	N	0:00																	
7	Pn	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
8	Wt	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
9	Śr	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
10	Cz	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
11	Pi	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
12	So	W	0:00																	
13	Ni	N	0:00																	
14	Pn	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
15	Wt	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
16	Śr	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
17	Cz	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
18	Pi	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
19	So	W	0:00																	
20	Ni	N	0:00																	
21	Pn	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
22	Wt	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
23	Śr	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
24	Cz	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
25	Pi	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
26	So	W	0:00																	
27	Ni	N	0:00																	
28	Pn	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
29	Wt	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
30	Śr	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
31	Cz	P	7:35	R2	8:00	15:35	7:35													
Razem								0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00		0:00	0:00	0:00	0:00

Z przen.	0:00
Do przen.	0:00

Dzień wolny | Niedziela, święto | Wolne za sobotę | Wolne za sobotę

Wydruk: .....

Załącznik nr 2