

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie przy Al. Solidarności 67 przez osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (postępowanie nr I/2020)

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 j.t. z późn.zm.) oraz Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie.

Przedmiotem konkursu jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy w okresie obowiązywania umowy będą udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej w zakładach leczniczych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

Zamawiający wyłoni maksymalnie 4 Świadczeniodawców, z którymi zawarta zostanie umowa na okres 3 lat.

Wymagania wobec Świadczeniodawców:

- lekarz specjalista w dziedzinie **chirurgii naczyniowej**.

Do konkursu mogą przystąpić:

1. podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej.
2. lekarze niewykonujący zawodu w ramach działalności leczniczej, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem, że w przypadku wyboru oferty lekarz niezwłocznie dopełni formalności związanych z założeniem działalności gospodarczej, nie później, niż w dniu podpisania umowy.

WYMOGI FORMALNE I MERYTORYCZNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu, w formie maszynopisu lub wydruku i uzupełnić wymaganymi załącznikami

(dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem). Każda zapisana strona oferty powinna być podpisana i/lub opatrzona imienną pieczętą Świadczeniodawcy. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone.

2. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w tekście powinny być parafowane przez Świadczeniodawcę.

3. Ofertę należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.

4. Świadczeniodawca nie może dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”.

5. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszelkie wymagane w szczegółowych warunkach konkursu dokumenty.

6. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenie, oprócz adnotacji: *za zgodność z oryginałem*, musi być opatrzona imienną pieczętą i/lub podpisem Świadczeniodawcy.

7. Zamawiający może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Świadczeniodawcę wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Świadczeniodawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.

8. Kompletna oferta powinna posiadać ponumerowane strony i składać się:

a) ze strony tytułowej sporządzonej według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO,

b) spisu treści - zał. nr 2 do SWKO,

c) formularza ofertowego - zał. nr 3 do SWKO,

d) oferty cenowej – zał. nr 4 do SWKO,

e) kopii z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopii zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* wydanego przez Okręgową Radę Lekarską,

f) wydruku z właściwego rejestru (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego),

g) kopii lub odpisu prawa wykonywania zawodu lekarza,

h) kopii dyplomu lekarza,

i) kopii dyplomu specjalizacji

- j) kopii polisy OC, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2011 Nr 293 poz. 1729), lub zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. r. 2019, poz. 866), obowiązującej w momencie składania ofert.
9. W przypadku gdy dokumenty Świadczeniodawcy określone w ust. 8 lit. e – j znajdują się w siedzibie Zamawiającego, Świadczeniodawca może złożyć stosowne oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie stanowi załącznik nr 5 do SWKO.
 10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub dostarczone do siedziby Zamawiającego po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
 11. Ofertę, przed upływem wyznaczonego terminu do ich składania, można zmienić lub wycofać, zgodnie z postanowieniami Regulaminu.
 12. Świadczeniodawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
 13. Świadczeniodawca może złożyć tylko jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją oferty.
 14. Świadczeniodawca, który złoży więcej niż jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją, zostanie wykluczony z postępowania.
 15. Oferta zawierająca wariantowe propozycje w zakresie objętym określoną pozycją oferty zostanie odrzucona.
 16. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
 17. Do konkursu mogą przystąpić wyłącznie osoby i podmioty spełniające wymagania określone w punktach poprzedzających.
 18. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania Konkursu lub pozostawienia go bez rozstrzygnięcia bez podania przyczyn oraz do przedłużenia terminu składania ofert oraz terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia Konkursu Ofert.
 19. Zamawiający przewiduje możliwość wprowadzania zmian do postanowień umowy w szczególności w zakresie dotyczącym spraw organizacyjnych, sposobu rozliczeń finansowych, zakresu sprawozdawczości a także innych kwestii objętych treścią umowy w trakcie jej realizacji. Jednocześnie Zamawiający zastrzega, iż nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Zamawiającego (udzielającego zamówienia), jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Świadczeniobiorcy (przyjmującego zamówienie),

chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Przy wyborze Oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:
 - a) cena - 70%
 - b) liczba zaoferowanych godzin (dostępność) – 30%
2. W przypadku przeprowadzenia przez Komisję Konkursową negocjacji, o których mowa w § 14 ust. 2 b) Regulaminu, dla oceny Oferty wiążące są ustalenia negocjacyjne.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie: **do 30 stycznia 2020 r. godz. 13:30**

Termin składania ofert upływa dnia 30 stycznia 2020 r. o godz. – 13.30.

w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03

przy Al. Solidarności 67 w Warszawie.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

„Oferta konkursowa na świadczenie usług medycznych w zakresie chirurgii naczyniowej

dotyczy postępowania nr I/2020

nie otwierać przed 30.01.2020 r. o godz. – 13:40”.

(liczba zapisanych stron/ kart umieszczonych w kopercie)

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

Świadczeniodawcy w zakresie szczegółowych warunków konkursu ofert mogą zgłaszać pytania:

1. za pośrednictwem poczty/kuriera na adres: Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego sp. o.o., Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa,

2. osobiście w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03 w godzinach pracy sekretariatu przy Al. Solidarności 67 w Warszawie, tj. 8.00 – 15.00,

3. na adres email Zamawiającego: sekretariat@szpitalpraski.pl

z dopiskiem: „ZAPYTANIE - dotyczy postępowania nr I/2020”

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w dniu 30 stycznia 2020 r. o godz. – 13.40. w pokoju D/04 Szpitala – budynek „D” Administracji Szpitala w obecności przybyłych Świadczeniodawców. Obecność Świadczeniodawców nie jest obowiązkowa.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

O rozstrzygnięciu Konkursu Świadczeniodawcy zostaną poinformowani za pośrednictwem strony internetowej Zamawiającego: www.szpitalpraski.pl.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Świadczeniodawca jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.
2. Zamawiający może zwrócić się do Świadczeniodawcy o przedłużenie terminu określonego w pkt 1.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Informacje dotyczące RODO:

- 1) zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:
 - a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIIIU wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000468274, kapitał zakładowy 19.355.000 zł, NIP: 1132866688, REGON: 012298823;
 - b) kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Praskim drogą pisemną na adres podany w lit. a lub za pośrednictwem poczty elektronicznej – adres: IOD@szpitalpraski.pl;
 - c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr V/2019 prowadzonym w trybie konkursu ofert;

- d) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będzie Komisja Konkursowa, której udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie oraz inne osoby w zakresie realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania/trwania umowy, a także po tym okresie tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy;
- f) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne; konsekwencje niepodania określonych danych będą skutkowały wykluczeniem z postępowania;
- g) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- h) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy iod@szpitalpraski.pl;
- i) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;

**Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą o działalności leczniczej.*

***Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad prowadzenia w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługuje:

- a) protest – składany w toku trwania Konkursu ofert,
- b) odwołanie- składane po rozstrzygnięciu Konkursu ofert.

2. Środki odwoławcze przysługują na:

- a) niedokonanie wyboru Świadczeniodawcy,
- b) unieważnienie postępowania,

c) odwołanie postępowania.

3. W toku postępowania do czasu jego zakończenia Świadczeniodawca może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od daty jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Do czasu rozpatrzenia protestu Konkurs ofert ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

5. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

7. Informacje o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Zamawiający niezwłocznie zamieszcza na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.

8. Świadczeniodawca biorący udział w konkursie ofert może wnieść do Zamawiającego odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w terminie 7 dni od rozstrzygnięcia Konkursu ofert .

9. Odwołanie rozstrzygane jest w terminie 7 dni od daty jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. W przypadku uwzględnienia odwołania postępowanie konkursowe przeprowadza się, w części dotyczącej Świadczeniodawcy, który wniósł odwołanie.

10. W przypadku gdy na skutek ponownego przeprowadzenia postępowania w zakresie o którym mowa w ust. 2 oferta Świadczeniodawcy który złożył odwołanie okazała się najkorzystniejsza/ mieści się wśród najkorzystniejszych w przypadku wyboru więcej niż jednej oferty, Zamawiający odpowiednio zmienia wynik postępowania konkursowego.

11. Odwołanie złożone po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

12. Informacje o wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Zamawiający niezwłocznie zamieszcza na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

1. Strona tytułowa oferty – zał. nr 1.
2. Spis treści – zał. nr 2.

3. Formularz oferty – zał. nr 3.
4. Oferta cenowa – zał. nr 4.
5. Oświadczenie o przekazaniu dokumentów do Zamawiającego – zał. nr 5.
6. Wzór umowy – zał. nr 6.

ZATWIERDZAM
PREZES ZARZĄDU

Andrzej Golimont

Vice PREZES ZARZĄDU

Marcin Murański

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie nr I/2020 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

(wpisać przedmiot postępowania)

.....
(cd. wpisać przedmiot postępowania)

Świadczeniodawca:

.....
(pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....
(cd. pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....
(data, podpis i pieczęćka Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr I/2020 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

(wpisać nr postępowania)

(wpisać przedmiot postępowania oferty)

.....
(cd. przedmiotu postępowania oferty)

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....
6. ....	.....
7. ....	.....
8. ....	.....
9. ....	.....
10. ....	.....

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)



FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na:

Postępowanie nr I/2020 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

(wpisać przedmiot i numer postępowania)

- numer postępowania **I/2020** ogłoszonego przez Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., z siedzibą przy Al. Solidarności 67 w Warszawie:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
4. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
5. Oświadczam, że:
 - a) Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego oraz zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zawartej w SWKO;

.....
(data, podpis i pieczęćka Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr I/2020 udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawa polegających na:

- 1) osobistym wykonywaniu zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w trybie ostrym i planowym w tym również udzielaniu konsultacji i zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej wobec wszystkich pacjentów Szpitala hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych (w tym w szczególności operacji wytworzenia dostępu naczyniowego do dializ).
- 2) osobistym wykonywaniu zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej w trybie ostrodyżurowym co oznacza gotowość Przyjmującego Zamówienie do wykonania takiego nieplanowanego zabiegu po wezwaniu przez Udzielającego zamówienie w formie telefonicznej z potwierdzeniem jego odebrania.
- 3) osobistym udzielaniu na rzecz pacjentów Szpitala Praskiego całodobowych świadczeń zdrowotnych w tym zapewnieniu lekarskiej opieki dla pacjentów w Pododdziale Chirurgii Naczyniowej oraz czynności fachowych wchodzących w zakres dyżuru medycznego w zakresie chirurgii naczyniowej.

Proponowana stawka % iloczynu wartości punktu NFZ wyrażonej w złotych i liczby punktów rozliczonych przez NFZ za wszystkie wykonane w Pododdziale Chirurgii Naczyniowej, w ramach umowy z NFZ, zabiegów, w tym w ramach dyżuru medycznego.

Jednocześnie gwarantuję możliwość wykonywania tego świadczenia w liczbie.....

.....
(godzin w skali miesiąca)

*Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osób posiadających następujące kwalifikacje.....

(proszę wymienić kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych)

*nie dot. osób prowadzących jednoosobową działalność

.....
(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany..... oświadczam, że niżej określone dokumenty znajdują się u Zamawiającego:

**niepotrzebne skreślić*

1. kopia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* wydanej przez Okręgową Izbę Lekarską,
2. wydruk z właściwego rejestru Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopia lub odpis prawa wykonywania zawodu lekarza,
4. kopia dyplomu lekarza,
5. kopia dyplomu specjalizacji,
6. kopia polisy OC obowiązującej w momencie składania ofert, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)