

Sprawozdanie z przeprowadzonej kontroli nr 10.7310.37.2017.WDKRU

Jednostka organizacyjna NFZ przeprowadzająca kontrolę	10_Podlaski OW NFZ
Nr kontroli	10.7310.37.2017.WDKRU
Termin przeprowadzenia kontroli	Data rozpoczęcia kontroli: 24 lipca 2017 r., data zakończenia kontroli (podpisania protokołu kontroli przez kontrolerów): 24 sierpnia 2017r.
Podmiot kontrolowany: nazwa i adres	Gabinet Stomatologiczny Anna Sawicka z siedzibą: ul. Łabędzia 2, 16-300 Augustów
Temat kontroli, okres objęty kontrolą	Prawidłowość realizacji, dokumentowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne w latach 2016-2017.
Informacja dotycząca ustaleń z kontroli	<p>1. Pozytywnie z nieprawidłowościami, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić spełnianie wybranych warunków formalno – organizacyjnych. Pozytywnie, należy ocenić spełnianie przez podmiot kontrolowany warunków realizacji świadczeń, związanych z obowiązkiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie i w granicach przedmiotowych aktualnego w okresie objętym kontrolą wpisu w Rejestrze Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów zgodnie z dyspozycją art. 103 w zw. z art. 107 ustawy z dnia 11 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2016, poz. 1638 ze zm.). Pozytywnie, należy ocenić spełnianie warunków organizacyjno - prawnych. Świadczeniodawca oświadczył, iż jest właścicielem lokalu, w którym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w kontrolowanym zakresie oraz okazał postanowienie Państwowego Terenowego Inspektora Sanitarnego w Augustowie o pozytywnym zaopiniowaniu prowadzenia praktyki lekarskiej w zakresie stomatologii w lokalu przy ul. Łabędziej 2 w Augustowie (podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 kwietnia 1998 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (Dz.U. Nr 58, poz. 372). Pozytywnie, należy ocenić realizację przez Świadczeniodawcę obowiązku wynikającego z § 2 ust. 4 przedmiotowej umowy w zakresie udzielania świadczeń, zgodnie z którym świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców” stanowiącym załącznik nr 3 do umowy. Pozytywnie, należy ocenić realizację obowiązku wynikającego z zapisów § 3 przedmiotowej umowy, dotyczącego zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami wykonawczymi wydanymi na podstawie art. 136 b) ust. 2 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej</i>, tj. rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011, nr 293, poz. 1729). Pozytywnie z nieprawidłowościami, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy z obowiązku zamieszczenia informacji dla pacjentów określonych w § 11 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 08 września 2015 r. (Dz.U. 2016 poz. 1146 zwanych dalej <i>Ogólnymi warunkami umów z 2015 r.</i>). W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, iż Świadczeniodawca nie</p>

zamieścił w miejscu udzielania świadczeń wszystkich wymaganych informacji dla świadczeniobiorców, o których mowa w § 11 *Ogólnych warunków umów z 2015r.* Stwierdzono brak:

- informacji dotyczącej miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców (dotyczy wykonywania zdjęć RTG), co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 2 *Ogólnych warunków umów z 2015r.*,
- informacji dotyczącej trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 *Ogólnych warunków umów z 2015 r.*,
- informacji dotyczącej adresu oraz numerów telefonu najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) zarówno wewnątrz budynku, jak i widocznej z zewnątrz, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 7 w związku z ust. 5 *Ogólnych warunków umów z 2015 r.*,
- informacji o numerach telefonów alarmowych obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego (112 i 999) widocznej z zewnątrz budynku, co stanowi naruszenie z § 11 ust. 4 pkt 8 w związku z ust. 5 *Ogólnych warunków umów z 2015 r.*;
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt.11 *Ogólnych warunków umów z 2015 r.*,
- aktualnej informacji dotyczącej adresu Biura Rzecznika Praw Pacjenta, co stanowi naruszenie § 11 ust. 4 pkt 9 *Ogólnych warunków umów z 2015 r.*

Pozytywnie, należy ocenić zgodność danych zawartych w kontrolowanej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze stanem faktycznym w zakresie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej. W pomieszczeniach Świadczeniodawcy znajdował się taki rodzaj sprzętu jaki jest ujęty w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do przedmiotowej umowy. Sprzęt stomatologiczny pozostający na wyposażeniu Kontrolowanego, spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U.2013.2313 j.t.) i zarządzeniu nr 23/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 marca 2017r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

2. **Negatywnie**, biorąc pod uwagę kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić prawidłowość dokumentowania oraz prawidłowość i zasadność wykazania do rozliczenia do Podlaskiego OW NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontrolowanej umowy w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w okresie styczeń 2016r. – maj 2017r. Analiza raportów statystycznych przekazanych do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ w konfrontacji z wpisami w indywidualnej dokumentacji medycznej 44 pacjentów wykazała, iż świadczeniodawca w okresie kontrolowanym sprawozdał do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ wykonanie 46 świadczeń o kodzie 5.13.00.2313110 (*leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi*) po wcześniejszym wykazaniu 2-3-krotnie procedury o kodzie 5.13.00.2313060 (*czasowe wypełnienie kanału*) jako świadczenia, które jest pośrednim etapem leczenia endodontycznego, na tym samym umiejscowieniu. Mając na uwadze, iż procedura o kodzie 5.13.00.2313110 obejmuje cały proces leczenia endodontycznego, w tym również etapy pośrednie, którym jest m.in. czasowe wypełnienie kanału, w ocenie Zespołu kontrolującego, wcześniejsze wpisy dotyczące rozpoznania i zastosowanej metody leczenia danego zęba oraz wykazanie do rozliczenia z POW NFZ poszczególnych etapów leczenia endodontycznego, świadczą o tym, iż procedurą wykazaną na zakończenie leczenia powinno być „wypełnienie kanału” tj. procedura o kodzie 5.13.00.2313070, a nie procedura o kodzie 5.13.00.2313110 - „leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi”.W wyniku analizy raportów statystycznych przekazanych do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ

w konfrontacji z wpisami w poddanej kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej 44 pacjentów stwierdzono brak uzasadnienia do rozliczenia z Podlaskim OW NFZ świadczeń ujętych w Tabeli nr 2 z uwagi na brak w historii choroby wpisów potwierdzających udzielenie tych świadczeń. Powyższe dotyczy 6 świadczeń z 2016 r., co stanowi 1,5 % świadczeń skontrolowanych w tym okresie i 2 świadczenia z 2017 r., co stanowi 1,4 % świadczeń skontrolowanych w tym okresie.

Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić sposób prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069) zwane dalej „*rozporządzeniem MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.*”.Kontroli poddano indywidualną dokumentację medyczną 44 pacjentów i stwierdzono następujące nieprawidłowości w jej prowadzeniu:

- we wszystkich przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentów w oznaczeniu podmiotu brak było wpisanego kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie wymogu określonego w § 10 ust.1 pkt 1 lit. b) *rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.*,
- we wszystkich przypadkach brak było wpisanej daty urodzenia pacjenta, co stanowi naruszenie wymogu określonego w § 10 ust.1 pkt 2 *rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015r.*, w związku z art. 25 pkt.1 lit. b) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017.1318 – j.t.);
- we wszystkich przypadkach poszczególne strony dokumentacji nie były oznaczone imieniem i nazwiskiem pacjenta (za wyjątkiem pierwszej strony karty choroby, zawierającej wymagane dane) co stanowi naruszenie wymogu określonego w § 6 *rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.*;
- jedynie 12 wpisów w skontrolowanej dokumentacji medycznej zawierało oznaczenie osoby udzielającej świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z wymogiem określonym w § 4 ust. 2 w związku z § 10 ust.1 pkt 3 *rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.*, natomiast pozostałe wpisy w ogóle nie były opatrzone oznaczeniem osoby udzielającej świadczenie tj. jej imieniem i nazwiskiem, tytułem zawodowym, uzyskaną specjalizacją, numerem prawa wykonywania zawodu i podpisem;
- w dokumentacji medycznej pacjentów o numerze PESEL: (...) nie było zachowanej chronologii wpisów, co stanowi naruszenie zapisów § 4 ust.1 *rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.*

3. **Negatywnie**, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić przestrzeganie przez Świadczeniodawcę przepisów i zasad prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz realizację obowiązków sprawozdawczych. Negatywnie, należy ocenić prawidłowość prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia w kontrolowanym okresie.

a) Okazane przez Świadczeniodawcę wydruki listy oczekujących na leczenie protetyczne prowadzonej w formie elektronicznej z okresu 2016 - 2017 r. nie zawierały wszystkich wymaganych elementów określonych w art. 20 ust. 2 pkt. 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej* z uwagi na brak wpisów dotyczących:

- rozpoznania lub powodu przyjęcia zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. e) *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*,
- adresu świadczeniobiorcy zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. f) *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*,
- numeru telefonu lub innego sposobu komunikowania się ze świadczeniobiorcą zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. g) *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*.

Ponadto w wydrukach Listy oczekujących na leczenie protetyczne stwierdzono:

- brak oznaczenia kodem resortowym, stanowiącym część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z wymogiem określonym w § 10 ust. 1 pkt. 1 lit b) w związku z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- identyfikacja osoby dokonującej wpisu nie była zgodna z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwagi na to, iż zamiast wpisanego imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu był zapis „Administrator”.
- Pacjenci na listę oczekujących na leczenie protetyczne byli wpisywani w porządku chronologicznym co do daty, natomiast w zakresie godziny wpisu chronologia nie była zachowana. Osoby wpisane na listę danego dnia miały wyznaczony taki sam termin planowanego udzielenia świadczenia.

b) Okazane przez Świadczeniodawcę wydruki listy oczekujących na świadczenie do komórki prowadzonej w formie elektronicznej z okresu 2016 - 2017 r. nie zawierały wszystkich wymaganych elementów określonych w art. 20 ust. 2 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z uwagi na brak wpisów dotyczących:

- rozpoznania lub powodu przyjęcia zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. e) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- adresu świadczeniobiorcy zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. f) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- numeru telefonu lub innego sposobu komunikowania się ze świadczeniobiorcą zgodnie z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt. 3 lit. g) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Ponadto w wydrukach Listy oczekujących na świadczenie do komórki stwierdzono:

- brak oznaczenia kodem resortowym, stanowiącym część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zgodnie z wymogiem określonym w § 10 ust. 1 pkt. 1 lit b) w związku z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- identyfikacja osoby dokonującej wpisu nie była zgodna z wymogiem określonym w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwagi na to, iż zamiast wpisanego imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu był zapis „Administrator”.
- Wpisy pacjentów na listę oczekujących do komórki nie miały zachowanej chronologii.

Negatywnie, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy z obowiązku wynikającego z zapisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a dotyczącego dokonywania okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia i sporządzanie raportów z tej oceny. Zespół kontrolujący ustalił, iż w okresie objętym kontrolą Pani Anna Sawicka nie sporządzała raportów z oceny prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Pozytywnie z uchybieniami, należy ocenić wywiązywanie się Świadczeniodawcy z obowiązków sprawozdawczych w zakresie list oczekujących oraz pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia. Na podstawie danych sprawozdawanych i posiadanych w zasobach informatycznych Podlaskiego OW NFZ ustalono, iż w okresie styczeń 2016 – maj 2017 r. Świadczeniodawca terminowo realizował obowiązek comiesięcznego przekazywania informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, o którym mowa w art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w § 8 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji (...). Świadczeniodawca w

	<p>okresie od 09.01.2016 r. do 16.06.2017 r. przekazywał co najmniej raz w tygodniu Podlaskiemu OW NFZ informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia zarówno do komórki jak i na leczenie protetyczne w kategorii przypadków pilnych i stabilnych zgodnie z wymogiem określonym w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia były przygotowane i przekazane zgodnie z zasadami określonych w § 8 ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia, za wyjątkiem 3 przypadków. Negatywnie, biorąc pod uwagę kryterium legalności i rzetelności działań podmiotu kontrolowanego, należy ocenić wywiązanie się Świadczeniodawcy z obowiązku, o którym mowa w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, również w kontekście zapisów § 36 ust. 1 pkt. 7 Ogólnych warunków umów z 2015. W okresie od 01.04.2017 do dnia 25.07.2017r. Kontrolowany nie dysponował usługą umożliwiającą pacjentom rejestrację on-line.</p>
<p>Zalecenia pokontrolne i skutki finansowe / link</p>	<p>Zalecenia pokontrolne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przez cały okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przestrzegać obowiązku wynikającego z zapisów § 11 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016.1146 t. j.), by zamieszczone informacje dla pacjentów były kompletne i aktualne. 2. Podjąć skuteczne działania zmierzające do tego, aby dane na wydruku z listy oczekujących na świadczenia były kompletne i zgodne z wymogami obowiązujących przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016 poz.1793 j.t. ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez Świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2016.192 j.t. ze zm.). 3. Przy prowadzeniu listy oczekujących na świadczenia bezwzględnie przestrzegać zasady określonej w art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczącej nie umieszczania na liście oczekujących świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u Kontrolowanego oraz dokonywać wpisów w liście z zachowaniem chronologii. 4. Dokonywać przynajmniej raz w miesiącu oceny list oczekujących na świadczenia i z tej oceny sporządzać raporty zgodnie z wymogami określonymi w art. 21 ust. 1 pkt. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. 5. Dolożyć należytej staranności w zakresie terminowego przygotowania i przesyłania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia z uwzględnieniem zasad i terminów realizacji w/w obowiązku określonych w § 8 ust. 4 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 192 t. j. ze zm. – w brzmieniu określonym Rozporządzeniem zmieniającym Dz.U. 2017, poz. 1249 obowiązującym od 01.07.2017 r.). 6. Zgodnie z deklaracją złożoną w ofercie poprzedzającej zawarcie umowy nr 10-001352-17-04-07 z dnia 22 czerwca 2017 r. i obowiązkiem wynikającym z zapisów art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zapewnić świadczeniobiorcom przez cały okres trwania tej umowy możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego spełniającego wymogi minimalnej funkcjonalności,

	<p>o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017.1404).</p> <p>7. Wyeliminować nieprawidłowości opisane w części pierwszej B pkt. 2 wystąpienia pokontrolnego i prowadzić indywidualną dokumentację medyczną pacjentów w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), w szczególności do opatrywania każdego wpisu oznaczeniem osoby dokonującej tego wpisu w sposób określony w § 10 ust. 1 pkt. 3 ww. rozporządzenia.</p> <p>8. Rzetelnie i z należytą starannością wykazywać do rozliczenia świadczenia faktycznie wykonane i mające uzasadnienie w kontekście zastosowanego procesu leczniczego, posiadające potwierdzenie we wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oraz zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U.2017, poz. 193 t. j.) oraz aktualnie obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.</p> <p>9. Złożyć korekty raportów statystycznych i/lub faktur uwzględniając świadczenia wyszczególnione w pierwszej części wystąpienia (Tabele nr 1 i 2).</p> <p>Skutki finansowe kontroli:</p> <p>a) kwota 3.756,41 zł (słownie: trzy tysiące siedemset pięćdziesiąt sześć złotych 41/100) tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w latach 2016 -2017r.</p> <p>b) kwota 4.001,87 zł (słownie: cztery tysiące jeden złotych 87/100) tytułem kary umownej naliczonej za okres 2016-2017r.</p>
--	---

Sporządził:
Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia