

**FORMULARZ OFERTOWY  
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko: .....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

Telefon: ..... e-mail : .....

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

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w lokalizacjach Spółki przy ul. Smoluchowskiego 18 w Gdańsku – Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku w następujących zakresach:

Lp.	Zakres, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta	Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług	
1.	2.	3.	4.	5.
1.	<b>III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Chorób Zakaźnych - ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.1.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.1.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
2.	<b>III.2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym ordynacja i/lub dyżury wraz zastępowaniem kierującego oddziałem</b>	<b>III.2.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.2.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
3.	<b>III.3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Obserwacyjno - Zakaźnym dla Dzieci –</b>	<b>III.3.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max

	<b>ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.3.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
4.	<b>III.4 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Zakaźnym – ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.4.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.4.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
5.	<b>III.5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Chorób Zakaźnych – ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.5.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.5.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
6.	<b>III.6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Leczenia Nabytych Niedoborów Odporności – ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.6.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.6.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
7.	<b>III.7 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni USG – ordynacja i/lub dyżury</b>	<b>III.7.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
		<b>III.7.2</b>	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
8.	<b>III.8 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach</b>	<b>III.8.1</b>	stawka za 1h świadczenia ordynacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale

	kontraktu lekarskiego w Izbie Przyjęć – ordynacja i/lub dyżury			od min-do max
		III.8.2	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
9.	III.9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Chorób Zakaźnych - konsultacje	III.9.1	stawka za 1h świadczenia konsultacji	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
10.	III.10 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni USG – wykonywanie badań diagnostycznych	III.10.1	stawka za 1 wykonane badanie wraz z opisem	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
11.	III.11 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Hepatologicznej - konsultacje	III.11.1	stawka za 1 konsultację	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
12.	III.12 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopii – wykonywanie badań diagnostycznych	III.12.1	stawka za 1 wykonane badanie gastrokopii wraz z konsultacją	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
13.	III.13 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopii – wykonywanie badań diagnostycznych	III.13.1	stawka za 1 wykonane badanie kolonoskopii wraz z konsultacją	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
14.	III.14 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopii – wykonywanie badań diagnostycznych	III.14.1	stawka za 1 wykonane badanie endoskopii wraz z konsultacją	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
15.	III.15 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w	III.15.1	stawka za 1 wykonaną konsultację w dziedzinie gastroenterologii	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale

	ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopii – konsultacje			od min-do max
16.	III.16 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopii – konsultacje	III.16.1	stawka za 1 wykonaną konsultację w dziedzinie chirurgii ogólnej	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
17.	III.17 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego – Kierowanie Pracownią TK	III.17.1	stawka ryczałtu za Kierowanie Pracownią TK	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
18.	III.18 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Chorób Zakaźnych – konsultacje psychiatryczne	III.18.1	stawka za 1 konsultację psychiatryczną	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max

**Uwaga:**

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty dla zakresów III.1., III.2, III.3, III.4, III.5, III.6, III.7, III.8 jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji i/lub dyżuru oraz
  - dla zakresów III.9, III.11, III.15, III.16, III.18 stawka za 1 konsultację,
  - dla zakresów , III.10, III.12, III.13, III.14, stawka za 1 wykonane badanie wraz z opisem
  - dla zakresu III.17, stawka ryczałtowa za 1 miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem/pracownią.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia.....)\*\*.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

**Szpital Pomorskie Sp. z o.o.**

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332  
 Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201  
 | kapitał zakładowy: 174 254 000,00 zł  
 NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148  
 e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | **szpitalpomorskie.eu**

6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
14. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
15. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*\*  
wraz z pieczętą

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

### OŚWIADCZENIE

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: [iod@szpitalepomorskie.eu](mailto:iod@szpitalepomorskie.eu) lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawnionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu zawodowego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli

### Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 174 254 000,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: sekretariat@szpitalepomorskie.eu | [szpitalepomorskie.eu](http://szpitalepomorskie.eu)

uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy [iod@szpitalepomorskie.eu](mailto:iod@szpitalepomorskie.eu) lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

.....  
(data, czytelny podpis Oferenta/ upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych  
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

.....  
(data, czytelny podpis Oferenta/  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)

<b>KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI</b>		
<b>KRYTERIUM - KWALIFIKACJE</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b>
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*</b>		
<b>1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny:</b>		
PROFESOR	5 pkt	
DOKTOR HABILITOWANY N. MED.	4 pkt	
DOKTOR N. MED.	3 pkt	
<b>1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada</b>		
	3 pkt	
	3 pkt	
	3 pkt	
	3 pkt	

\* **CZ. I FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części I (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

<b>KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć</b>
----------------------------------	-------------	-------------------------------

**Szpital Pomorskie Sp. z o.o.**

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 174 254 000,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: [sekretariat@szpitalepomorskie.eu](mailto:sekretariat@szpitalepomorskie.eu) | [szpitalepomorskie.eu](http://szpitalepomorskie.eu)

		krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach** – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.</b>		
brak	0 pkt	
do 2 lat	1 pkt	
powyżej 2 do 4 lat	2 pkt	
powyżej 4 lat do 8 lat	3 pkt	
powyżej 8	5 pkt	
<b>KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b>
<b>3. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>		
<b>3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:)</b>		
<b>3.2. W ZAKRESIE ORDYNACJI:</b>		
Do 145	5 pkt	
146-180	3 pkt	
181-240	1 pkt	
Powyżej 240	0 pkt	
** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
<b>3.3. W ZAKRESIE DYŻURÓW:</b>		
Do 81	0 pkt	
82-160	3 pkt	
161-240	5 pkt	
Powyżej 240	6 pkt	
** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		

Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.

RAZEM LICZBA PUNKTÓW: .....

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Oferenta (pieczętka) /  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

Adrianna Sokołowska  
radca prawny  
GD-2118

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 174 254 000,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | [szpitalpomorskie.eu](http://szpitalpomorskie.eu)

