

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik 3 Wzór umowy do Zapytania OPS.221.10.2018.MRK

Umowa nr _____/2018

zawarta w dniu 27 marca 2018r. pomiędzy:

Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Markach z siedzibą przy ul. Leopolda Lisa Kuli 3A, 05-270 Marki, NIP 125-08-58-724, REGON 002006716, reprezentowany przez Kierownika - Magdalenę Rogalską-Kusarek, zwanym w dalszej części umowy Zamawiającym,

a

Panią/ Panem PESEL zam.
....., ul.[pełen
adres], zwana dalej „Wykonawcą”,

Zwani dalej **Stronami**.

W wyniku rozstrzygnięcia przez Zamawiającego procedury udzielenia zamówienia publicznego na podstawie **art. 138 o ust. 2-4** ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017r.poz. 1569) o wartości **poniżej 750 000 Euro**, została zawarta umowa o następującej treści:.

§ 1

- 1) Zamawiający zleca, a Wykonawca, zobowiązuje się do wykonania w całości usługi psychologicznej z zakresu terapii dla osób doznających przemocy - uczestników projektu "RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych".
- 2) Zadanie określone w § 1 ust. 1 będzie realizowane w ramach Projektu „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych.” o numerze RPMA.09.02.01-14-6958/16 (dalej: Projekt) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1. Zwiększenie dostępności usług społecznych.

§ 2

- 1) Wykonawca zobowiązany jest do:
 - a) Realizowania usług w sposób staranny, skuteczny i terminowy, wg zgłaszanych potrzeb;
 - b) pozostawiania w dyspozycji w ustalonych z Zamawiającym dniach i godzinach, w miejscu przez niego wskazanym;
 - c) ewidencjonowania wykonanych godzin pracy, rejestrowanie wykonanej pracy;
 - d) przedstawiania dokumentów rozliczeniowych niezwłocznie po zakończeniu realizacji usługi w danym miesiącu;
 - e) utrzymywania stałego kontaktu z Zamawiającym, w tym bieżące informowanie o wszystkich zaistniałych problemach;

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

- f) zamieszczania na wszelkich dokumentach dotyczących realizowanej usługi informacji, że Projekt realizowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi oznaczania Projektów w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014 – 2020;
- g) przestrzegania obowiązków wynikających z realizacji umowy zlecenia, przepisów prawnych, procedur, standardów oraz innych obowiązujących dokumentów;
- h) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

§ 3

1. Przedstawicielem Zleceniodawcy upoważnionym do koordynacji zadań związanych z realizacją niniejszej Umowy ustanawia się Koordynatora projektu.
2. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do kontroli sposobu realizacji przedmiotu umowy przez Przyjmującego zamówienie, w tym związanej z nim dokumentacji merytorycznej i finansowej.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje do wykonania powierzonego mu zadania.

§ 4

Zleceniobiorca będzie realizował zadania określone w § 1 ust. 1 umowy w okresie od 20 czerwca 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku w wymiarze do 20 godzin zegarowych w miesiącu.

§ 5

- 1) Termin wykonania zamówienia: do 31 grudnia 2018 roku.
- 2) Miejsce realizacji zamówienia: Usługa będzie realizowana poza siedzibą Zamawiającego w Mareckim Punkcie Pomocy Dziecku i Rodzinie przy ul. Lipowej 2F w Markach. Spotkania będą odbywały się w dni robocze, a także w razie potrzeby w weekendy, w przedziale czasowym od 8⁰⁰ do 21⁰⁰. Zamawiający zapewnia odpowiednie pomieszczenia dostosowane do obsługi osób z niepełnosprawnościami, wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne umożliwiające prawidłową realizację zadania, gwarantujące bezpieczne i higieniczne warunki pracy.

§ 6

- 1) Zleceniobiorcy za wykonanie zadań wynikających z niniejszej Umowy przysługiwać będzie wynagrodzenie w wysokości.....zł brutto za godzinę (słownie: złotych,) płatne proporcjonalnie do ilości godzin wykonywania czynności w miesiącu i po przedłożeniu rozliczenia liczby godzin i rachunku, zatwierdzonych przez Koordynatora projektu.
- 2) Wzór rozliczenia liczby godzin stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej Umowy.
- 3) Rachunek powinien zawierać dane wskazane w Załączniku nr 3 do niniejszej Umowy.
- 4) Strony przyjmują, że realizacja zadania określonego w § 1 ust. 1, odbywać się będzie w ramach czasowych określonych w § 4 i nie przekroczy określonego limitu godzin.
- 5) Zleceniodawca nie wypłaci wynagrodzenia z tytułu przekroczenia limitu godzin.
- 6) Strony ustalają, że w przypadku ograniczenia przedmiotu Umowy, ustalona w §6 ust. 1 kwota wynagrodzenia ulegnie proporcjonalnemu zmniejszeniu.

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

- 7) Zapłata wynagrodzenia następować będzie po zakończeniu udzielonego wsparcia terapeutycznego każdego miesiąca, w którym miały miejsce czynności, lub po zakończeniu miesiąca i po zatwierdzeniu przez Zleceniodawcę rozliczenia liczby godzin oraz przedłożeniu prawidłowo wystawionego rachunku przez Zleceniobiorcę za dany miesiąc, na wskazane przez niego konto bankowe.
- 8) Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Zleceniobiorcy wskazane w Załączniku nr 4 Kwestionariusz osobowy.
- 9) Zapłata wynagrodzenia nastąpi w terminie do 21 dni roboczych od zatwierdzenia przez Zleceniodawcę rozliczenia liczby godzin i przedłożeniu prawidłowo wystawionego rachunku przez Zleceniobiorcę za dany miesiąc.
- 10) Za dzień zapłaty uznaje się dzień wystawienia polecenia przelewu przez Zleceniodawcę.

§ 7

- 1) Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność wobec Zleceniodawcy za należyte (prawidłowe, kompletne i terminowe) wykonanie zadania wskazanego w § 1 ust. 1 Umowy.
- 2) Zleceniobiorca wykona wskazane w § 1 ust. 1 Umowy zadanie osobiście, zgodnie ze wskazówkami, zaleceniami oraz na ryzyko Zleceniodawcy, który ponosi związaną z wykonaniem tychże działań, odpowiedzialność względem osób trzecich.
- 3) Zleceniobiorca zobowiązany jest zarówno w czasie obowiązywania umowy, jak i 2 lata po jej wygaśnięciu do ścisłego przestrzegania tajemnicy służbowej oraz zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących działalności Zleceniodawcy (w szczególności informacji finansowych, kadrowych, technicznych, strategii i celów, planów rozwojowych, partnerów handlowych oraz informacji i nazw klientów, sposobów i metod prowadzenia działalności), których ujawnienie mogłoby narazić na szkodę interesy Zleceniodawcy (tajemnica gospodarcza).
- 4) Informacje objęte tajemnicą mogą być udostępnione innym osobom jedynie za zgodą Zleceniodawcy, bez takiej zgody jedynie w przypadkach, gdy wymaga tego obowiązujące prawo, i tylko w tym zakresie.
- 5) Strony zobowiązują się do utrzymywania w tajemnicy postanowień niniejszej Umowy, w tym wynagrodzenia.

§ 8

- 1) Żadna ze Stron nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy bez pisemnej zgody drugiej Strony.
- 2) Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszej Umowy z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia.
- 3) Zleceniobiorca ma prawo rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie rażącego naruszenia przez Zleceniodawcę obowiązków wynikających z niniejszej Umowy.

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

§ 9

- 1) W sprawach nieuregulowanych Umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.
- 2) Wszelkie zmiany niniejszej Umowy pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej.
- 3) Spory mogące wyniknąć z niniejszej Umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Zleceniodawcy.
- 4) Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniodawcy, jeden dla Zleceniobiorcy.

.....
Zleceniodawca
(Podpis)

.....
Zleceniobiorca
(Podpis)

Załączniki do Umowy nr 223.2.2018

1. Załącznik nr 1 Oświadczenie dotyczące wymiaru zaangażowania zawodowego.
2. Załącznik nr 2 Wzór ewidencji godzin pracy personelu.
3. Załącznik nr 3 Zakres danych do rachunku.
4. Załącznik nr 4 Kwestionariusz osobowy.

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 1 Oświadczenie dotyczące wymiaru zaangażowania zawodowego

| | |
|---|--|
| Nazwa Beneficjenta | |
| Tytuł projektu (numer umowy o dofinansowanie) | |
| Stanowisko w projekcie | |
| Forma zatrudnienia | |
| Okres zatrudnienia | |
| Miesięczny wymiar czasu pracy w projekcie | |

OŚWIADCZENIE¹

Ja, niżej podpisany/a _____ (imię i nazwisko) zamieszkała/y _____ (adres) legitymujący się dowodem osobistym _____ (seria, numer) świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam**, iż w dniu składania niniejszego oświadczenia:

| | |
|----|--|
| 1. | Jestem/nie jestem² zatrudniona/y w instytucji/jach uczestniczącej/cych w realizacji Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności, w szczególności Instytucji Zarządzającej, Instytucjach Pośredniczących, Instytucjach Wdrażających ³ . |
| 2. | Jestem/nie jestem⁴ zatrudniona/y w instytucji/jach uczestniczącej/cych w realizacji Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności ⁵ , niemniej nie zachodzi konflikt interesów bądź podwójne finansowanie w przypadku zatrudnienia w niniejszym projekcie. |
| 3. | Jestem/nie jestem⁶ zatrudniona/y w innym projekcie finansowanym z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów ⁷ . Tytuł projektu: _____, stanowisko: _____, forma zatrudnienia: _____, miesięczny wymiar zaangażowania: _____, okres zatrudnienia (od rrrr-mm-dd -do rrrr-mm-dd) _____. Tytuł projektu: _____, stanowisko: _____, forma zatrudnienia: _____, miesięczny wymiar zaangażowania: _____, okres zatrudnienia (od rrrr-mm-dd -do rrrr-mm-dd) _____. |
| 4. | Moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów, przekracza /nie przekracza⁸ 276 godzin miesięcznie. Zobowiązuję się jednocześnie do nie przekraczania ww. miesięcznego limitu godzin w okresie mojego zaangażowania do projektu. |
| 5. | Zobowiązuję się prowadzić ewidencję czasu i zadań w ramach niniejszego projektu oraz pozostałych form zaangażowania zawodowego, w które jestem lub ewentualnie będę zaangażowana/y, według wzoru przekazanego w momencie podpisania ze mną umowy przez Beneficjenta niniejszego projektu. |
| 6. | Zobowiązuję się przekazywać osobie upoważnionej ze strony Beneficjenta wypełnioną i podpisaną ewidencję godzin pracy personelu do 5 dni roboczych od zakończenia miesiąca, w którym byłam/byłem zaangażowany w realizację niniejszego projektu oraz wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów. |
| 7. | Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o każdej zmianie mojego wymiaru czasowego zaangażowania zawodowego |

.....
(Data i czytelny podpis osoby zaangażowanej do projektu)

¹ Oświadczenie dot. wszystkich projektów realizowanych w ramach wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów.

² Niepotrzebne skreślić.

³ W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podkreślić nazwę/y instytucji.

⁴ Niepotrzebne skreślić.

⁵ W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podkreślić nazwę/y instytucji.

⁶ Niepotrzebne skreślić.

⁷ Jeżeli w punkcie 3 podano odpowiedź „jestem” to należy wypełnić poniższe pola .

⁸ Niepotrzebne skreślić.

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 2 Ewidencja godzin pracy personelu

| Nazwa Beneficjenta/ów | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---|---|--------------------|
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej ewidencję czasu pracy | | | | | |
| Miesiąc / rok | | | | | |
| Data (rrrr-mm-dd) | Przedział godzin (od- do) | Liczba godzin zegarowych | Projekt (nr projektu w ramach którego jest wykonywane zadanie) | Umowa (w ramach jakiej umowy jest wykonywane zadanie) | Wykonywane zadanie |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Umowa nr | | | | | |
| SUMA GODZ. W UMOWACH | | | | | |

.....
(Data i podpis Beneficjenta)

.....
(Data i podpis osoby wypełniającej ewidencję)



Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 3 Zakres danych do rachunku

Rachunek nr __/___ r.

Imię i nazwisko: .

Adres:

Kwota

Kwota brutto:
Ubezpieczenie emerytalne:
Ubezpieczenie rentowe:
Ubezpieczenie chorobowe:
Ubezpieczenie społeczne:
Ubezpieczenie zdrowotne:
Koszty uzyskania:
Naliczona zaliczka na podatek:
Pobrana zaliczka na podatek:

Do wypłaty:

Rachunek jest załącznikiem do UMOWY ZLECENIA nr zawartej w dniu

Przedmiot Umowy:

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO CELÓW PODATKOWYCH

Nazwisko:

Pierwsze imię:

Drugie imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

PESEL:

NIP:

Miejsce zamieszkania:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod:

Miejscowość:

podpis Zleceniobiorcy

Zatwierdzam do wypłaty kwotę słownie

Potwierdzam wykonanie umowy.

| | | |
|-----------------------------|--|------------------------------|
| data i podpis Zleceniodawcy | | data i podpis Zleceniobiorcy |
|-----------------------------|--|------------------------------|

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 4 Kwestionariusz osobowy

(Wszystkie punkty poniższego Oświadczenie są punktami obowiązkowymi do wypełnienia)

1. DANE OSOBOWE:

| | |
|---------------------------|---|
| Nazwisko: | |
| Imię: | |
| Kolejne Imiona: | |
| Nazwisko rodowe: | |
| Imiona Rodziców: | |
| Data i Miejsce Urodzenia: | |
| PESEL: | |
| NIP: | |
| Obywatelstwo: | (Seria i nr paszportu w przypadku obcokrajowca) |
| Narodowość: | |

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| Miejscowość: | Kod Pocztowy: | Poczta: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Gmina | Powiat: | |
| Województwo: | | |

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| Miejscowość: | Kod Pocztowy: | Poczta: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Gmina | Powiat: | |
| Województwo: | | |

ADRES DO KORESPONDENCJI

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| Miejscowość: | Kod Pocztowy: | Poczta: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Gmina | Powiat: | |
| Województwo: | | |

Telefon kontaktowy:

2. URZĄD SKARBOWY (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

| |
|-------------------------------------|
| Nazwa właściwego Urzędu Skarbowego: |
| Adres właściwego Urzędu Skarbowego: |

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

3. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwa Oddziału NFZ:

Jestem:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| emerytem | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| rencistą | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności: | | |
| | | |

4. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

4.1. Oświadczam, jako Zleceniobiorca tej Umowy, że: (właściwie zakreślić znakiem X):

A) Jestem zatrudniony na podstawie Umowy o Pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy) w:

.....
.....

(Wpisać miejsce Pracy i nazwę firmy)

WAŻNE: Równocześnie oświadczam, iż wynagrodzenie ze stosunku Pracy w kwocie brutto wynosi:

równo bądź więcej niż minimalne wynagrodzenie (2 100,00 zł brutto)

mniej niż minimalne wynagrodzenie (2 100,00 zł brutto)

B) Jestem już ubezpieczony jako osoba wykonująca:
 umowę zlecenie lub agencyjną

pracę nakładczą

C) Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą na własne nazwisko

D) Jestem ubezpieczony z innego tytułu (określić tytuł)

E) Żadne z powyższych (gdy żaden z punktów od A do D nie został spełniony)

4.2. Oświadczam, iż jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

Nr legitymacji: (proszę dostarczyć ksero legitymacji)

Nazwa i adres szkoły/uczelnia:

NIE DOTYCZY

4.3. Oświadczam, iż **NIE JESTEM** objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu

TAK - nie jestem objęty ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu

NIE - jestem ubezpieczony z tytułu: patrz punkt 4.1. niniejszego Oświadczenia.

4.4. WNOSZĘ/ NIE WNOSZĘ o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

5. OŚWIADCZENIE DLA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/ NIE POZOSTAJĘ w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w:

.....

Niniejszym proszę o przelewanie wszelkich należności finansowych na wskazany poniżej rachunek bankowy:

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Nazwa Banku:

Nr rachunku bankowego:

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(Data i podpis Zleceniobiorcy)