Warszawa, 3 listopada 2026 r.

znak: NFZ07-WO.4117.6.2026
2026.686872.MN

Strona postępowania - Odwołujący:
Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Kościuszki 28
09-402 Płock
KRS: 0000214083

Organ: **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

Strona postępowania - Uczestnik:

1. **Instytut Grużlicy i Chorób Płuc**
ul. Płocka 26
01-138 Warszawa
KRS: 0000141482

2. **Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy**
ul. Gabriela Narutowicza 80
05-400 Otwock
KRS: 0000080790

3. **Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**
ul. Wołowska 137
02-507 Warszawa
KRS: 0001017629

4. **Uniwersysteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**
ul. Banacha 1A
02-097 Warszawa

KRS: 0000073036

DECYZJA NR 6/2026/ODW

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn.zm.) [dalej jako ustawa] w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1691) [dalej jako k.p.a.]– Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

O D D A L A

odwołanie podmiotu: Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. (ul. Kościuszki 28; 09-402 Płock) (dalej jako Odwołujący) od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 07-26-000125/PRO/10/1/10.0000.170.02/01, prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie [dalej jako MOW NFZ, Fundusz] w trybie konkursu ofert, w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne, w zakresie: Program badań przesiewowych raka.

UZASADNIENIE

Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1 - 3 ustawy świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stronami postępowania odwoławczego, o którym mowa w art. 154 ust. 1 - 4 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

31 sierpnia 2026 roku ogłoszone zostało postępowanie prowadzone w trybie konkursu ofert poprzedzające zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres od 26.10.2026 r. do 30.06.2031 r. w rodzaju: w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne, w zakresie: Program badań przesiewowych raka.

Planowana wartość postępowania na okres rozliczeniowy stanowiła kwotę 237 024 złotych. Po przeprowadzeniu postępowania możliwe było zawarcie maksymalnie 4 umów, rozumianych jako maksymalna liczba, odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania – zgodnie z informacją zawartą w ww. ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 328, z późn.zm.) tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło 13 października 2026 r. Do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało wybranych 4 oferentów. Wybrano świadczeniodawców, którzy otrzymał najwyższą liczbę punktów w postępowaniu konkursowym, z uwzględnieniem maksymalnej liczby umów możliwych do zawarcia. Ostateczne zestawienie ofert zawierał ranking końcowy. Przy pomocy systemu informatycznego na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców następuje

wyliczenie punktacji. Ranking końcowy jest zatem zestawieniem, uzyskanym przy pomocy systemu informatycznego, uwzględniającym pozycję oferty ustaloną na podstawie punktacji za ofertę cenową oraz punktacji z tytułu pozostałych składników oceny, tj.: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości. Łączna liczba punktów oceny danej oferty decyduje o pozycji oferty w rankingu. W przypadku równej liczby punktów o wyższej pozycji rankingowej decyduje większa liczba punktów przyznana według kryterium „jakości" oceny oferty.

W dniu 20 października 2026 r. wpłynęło do MOW NFZ odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało złożone w terminie, o którym mowa w art. 154 ust. 1 ustawy (zostało nadane w placówce pocztowej w dniu 16 października 2026 roku). Odwołujący zawnioskował w treści odwołania o uzwględnienie w całości jego odwołania, unieważnienie czynności odrzucenia oferty Odwołującego, nakazanie powtórzenia czynności oceny oferty z uwzględnieniem załączonego i posidanego przez Odwołującego dokumentu potwierdzającego oświadczenie personelu, a także dokonanie ponownego wyboru ofert z uwzględnieniem oferty Odwołującego.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący zarzucił naruszenie art. 149 ust. 3 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy poprzez bezpodstawne i przedwczesne odrzucenie oferty Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o. z pominięciem obligatoryjnej procedury wezwania oferenta do usunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie, podczas gdy niedołączenie do dokumentacji zaświadczenia od Konsultanta stanowiło wyłącznie brak formalny (dowodowy), a nie merytoryczne bądź bezwzględne niespełnienie warunków przez zgłoszony personel medyczny.

Ponadto Odwołujący zarzucił naruszenie art. art. 134 ust. 1 ustawy poprzez rażące naruszenie zasad równego traktowania oferentów oraz prowadzenia postępowania w sposób zapewniający uczciwą konkurencję i przejrzystość procedur, przejawiające się w zastosowaniu nadmiernego i niezgodnego z celami ustawy formalizmu wobec oferty Odwołującego, przy jednoczesnym uwzględnieniu protestu innego oferenta w tym samym postępowaniu i powtórzeniu czynności oceny wyłącznie wobec niego.

Odnosząc się do pierwszego z podniesionych przez Odwołującego zarzutów wskazać należy, że przyczyny odrzucenia oferty wynikały z zestawienia zawartości oferty złożonej przez Oferenta z wymogami zawartymi w lp. 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych Lp. 9 Załącznika: Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu

programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji - Program badań przesiewowych raka płuca (Dz. U. z 2026 r. poz. 976) – obowiązujące w dniu prowadzonego postępowania, aktualnie objęte tekstem jednolitym: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2026 r. poz. 1310 t. j.), zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia", „rozporządzeniem koszykowym". Powyższe zdeterminowało wniosek, że oferta pozostaje w sprzeczności z minimalnymi warunkami organizacji udzielania świadczeń, w tym znaczeniu, że nie realizuje w pełni tych warunków. Powyższe stanowiło uzasadnienie wskazane w piśmie skierowanym do Oferenta w dniu 30 września 2026 r. o odrzuceniu oferty, która nie spełniała tych warunków.

Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy oferta podlega obligatoryjnemu odrzuceniu m.in. z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy. Przepis art. 149 ust. 1 ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analiza katalogu tych przyczyn uzasadnia twierdzenie, że mają one charakter wymogów, które musi spełniać oferta, a więc wymogów koniecznych, których brak spełniania jest brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Natomiast w art. 149 ust. 3 ustawy, ustawodawca określił inne niż wymienione w ust. 1 tego przepisu wymogi formalne oferty, w tym również braki odnośnie przedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów, które w przeciwieństwie do wymogów enumeratywnie wymienionych w ust. 1 art. 149 mają charakter braków (wad) podlegających usunięciu. Stąd też, inaczej określone zostały na gruncie omawianego przepisu kompetencje komisji konkursowej. Z powyższego wynika, że przepisy art. 149 ust. 1 oraz ust. 3 ustawy odnoszą się do różnych sytuacji - enumeratywnie wskazane formalne oraz merytoryczne wymogi konieczne o charakterze nieusuwalnym oraz inne wymogi formalne, których brak podlega usunięciu w wyznaczonym terminie na wezwanie komisji konkursowej. Oznacza to różne kompetencje komisji konkursowej w zależności od zaistniałego stanu faktycznego.

Zgodnie z art. 147 ustawy: warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Powyższe warunki są tożsame dla wszystkich oferentów biorących udział w konkursie i mają charakter wiążący zarówno dla uczestników tego konkursu, jak i prowadzącej tej konkurs komisji konkursowej. Kształtowanie warunków minimalnych leży w kompetencjach Ministra właściwego do spraw zdrowia, na co wskazuje delegacja zawarta w art.

31d pkt 2 ustawy. Zgodnie z powyższym przepisem Minister właściwy do spraw zdrowia określa warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń. Na podstawie powyższej delegacji wydane zostało rozporządzenie koszykowe, zgodnie z jego zapisami do realizacji świadczeń w Programie badań przesiewowych raka płuca, dla badania obrazowego klatki piersiowej z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), wymagany jest: personel, tj. lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, posiadający udokumentowane doświadczenie obejmujące samodzielny opis w ostatnich 5 latach co najmniej 300 badań NDTK klatki piersiowej potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz spełniający wymagania określone w lit. a łącznie z lekarzem: w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii lub diagnostyki obrazowej lub z I stopniem specjalizacji w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki (…)

Zasadą postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń jest zasada wynikająca z art. 134 ust. 1 ustawy, tj. dyrektywa, zgodnie z którą Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. W niniejszym postępowaniu komisja konkursowa realizując powyższą dyrektywę oceniała wszystkie oferty w zakresie wymogów minimalnych jednolicie, oczekując wykazania w ofercie wymaganego rozporządzeniem koszykowym personelu o odpowiednich kwalifikacjach i potwierdzonym doświadczeniu. Każdy z oferentów dysponował takim samym terminem na uzyskanie wymaganego dokumentu i złożenia kompletnej oferty.

Ponadto, realizując dyspozycję art. 134 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach, w dniu ogłoszenia postępowania konkursowego tj. 31 sierpnia 2026 r. na stronie internetowej Funduszu zamieszczony został komunikat, w którym uwzględniając rangę istotności dokumentu potwierdzającego doświadczenie obejmujące samodzielny opis w ostatnich 5 latach co najmniej 300 badań NDTK klatki piersiowej potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, zwracaliśmy uwagę na konieczność jego dołączenia do oferty.

Reasumując, należy uznać, że czynność komisji konkursowej polegająca na odrzuceniu oferty była prawidłowa i znajdowała uzasadnienie w przepisach kształtujących minimalne wymogi dotyczące potencjału Oferenta.

Odnosząc się do drugiego z podniesionych w odwołaniu zarzutu wskazać należy, iż zarzut ten jest bezzasadny. Protest innego oferenta, który został uwzględniony (VOXEL S.A.), dotyczył zaskarżenia innej czynności (odpowiedzi na pytanie ankietowe) niż tej w odniesieniu do podmiotu odwołującego tj. Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o., który złożył protest na czynność odrzucenia oferty, ze względu na niespełnienie warunków bezwzględnych, określonych w rozporządzeniu koszykowym.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że Odwołujący nie wykazał interesu prawnego we wniesieniu środka odwoławczego. Jak wskazano w prawomocnym wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. akt VII SA/Wa 2012/08 (opubl. CBOSA): „do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych we wniosku - odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku. W postępowaniu administracyjnym dojść zatem musi do ujawnienia i zbadania wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem), będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu. Taki zakres postępowania odpowiada również celom ustawy (…). Zadaniem organu Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu powierzono przeprowadzenie postępowania administracyjnego, jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz zasad równego traktowania świadczeniodawców. Oznacza to, że nie chodzi jedynie o zbadanie, czy nie zostały naruszone wymagania formalnoprawne, ale również o ustalenie, czy nie

naruszono wymienionych zasad w znaczeniu materialnym przez nierównoprawne stosowanie kryteriów przyjętych jako podstawa dokonanych ocen. W postępowaniu administracyjnym zadaniem organu jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania".

Poza ustaleniem samego faktu naruszania zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skutecznie wniesione odwołanie jest zatem ściśle uzależnione od związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz ma on charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września 2001 r., sygn. akt I SA 2326/00, opubl. LEX nr 54528). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej. Umożliwiając tym samym wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakość, kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

Wobec powyższego podniesione przez Odwołującego zarzuty należy uznać za chybione.

Skoro zatem Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasady równości, wynikającej z art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Warto zaznaczyć, że zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 (opubl. CBOSA): „Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert, w tym badanie prawidłowości oceny oferty złożonej przez podmiot konkurujący z podmiotem wnoszącym odwołanie (…). Ponadto NSA stwierdził, że sądowa kontrola takiej decyzji odbywa się wyłącznie w oparciu o kryterium legalności, bowiem sądy administracyjne nie są uprawnione do rozstrzygania o trafności merytorycznej oceny ofert, która odbywa się z uwzględnieniem także elementów medycznych i ekonomicznych.”.

Komisja konkursowa dokonała zatem oceny ofert w postępowaniu w sposób rzetelny, natomiast fakt, że wynik przeprowadzonego postępowania nie odzwierciedla oczekiwań Odwołującego, nie może stanowić o zasadności wniesionego środka odwoławczego.

Reasumując należy stwierdzić, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł określonych w przepisach prawa, dokonała prawidłowego rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając powyższe na uwadze należy uznać, że zarzuty podniesione w odwołaniu złożonym przez Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie. W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

Strona może wnieść skargę na decyzję Prezesa Funduszu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (ul. T. Chałubińskiego 8; 00-613 Warszawa), upoważnionego na podstawie art. 268a k.p.a. do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych.

z upoważnienia Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Katarzyna Słodka
/dokument podpisany elektronicznie/