

§ 5. 1. Do wydatków kwalifikowanych zalicza się niezbędne do realizacji szkolenia wydatki poniesione na:

- 1) kadrę szkoleniową;
- 2) podróże kadry szkoleniowej i osób szkolonych;
- 3) inne wydatki bieżące, w tym wydatki na materiały i dostawy;
- 4) amortyzacje narzędzi i wyposażenia wyłącznie w zakresie, w jakim są one wykorzystywane do realizacji szkolenia;
- 5) doradztwo w zakresie, w jakim dotyczy realizowanego szkolenia;
- 6) wynagrodzenia osób szkolonych, obliczone za czas ich faktycznego uczestnictwa w szkoleniu, do wysokości sumy kwot pozostałych wydatków kwalifikowanych określonych w pkt 1—5.

2. Wydatki, o których mowa w ust. 1, pomniejsza się o podatek od towarów i usług, chyba że zgodnie z odrębnymi przepisami beneficjentowi pomocy nie przysługuje prawo jego zwrotu lub odliczenia.

§ 6. 1. Maksymalna intensywność pomocy, obliczona jako stosunek ekwiwalentu dotacji brutto do wydatków kwalifikowanych, wynosi:

- 1) 45 % — w przypadku mikroprzedsiębiorcy, małego lub średniego przedsiębiorcy;
- 2) 35 % — w przypadku pozostałych beneficjentów pomocy.

2. Intensywność pomocy, o której mowa w ust. 1, zwiększa się o 10 punktów procentowych brutto, jeżeli szkolenie jest przeznaczone dla pracowników w gorszym położeniu.

3. Pomoc udzielana w odniesieniu do tych samych wydatków kwalifikowanych podlega sumowaniu z każdą inną pomocą, w tym pomocą *de minimis* w rozumieniu rozporządzenia Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str. 5) oraz pomocą z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną beneficjentowi pomocy, niezależnie od jej formy i źródła.

4. Łączna wartość pomocy, o której mowa w ust. 3, nie może przekroczyć maksymalnej intensywności pomocy określonej w ust. 1 i 2.

§ 7. 1. Beneficjent pomocy może otrzymać pomoc, jeżeli zostaną spełnione kryteria odnoszące się do:

- 1) celu i przedmiotu szkolenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 i 3;
- 2) projektu, o którym mowa w § 4 ust. 2;
- 3) wydatków kwalifikowanych, o których mowa w § 5;
- 4) intensywności pomocy, o których mowa w § 6.

2. Pomoc na szkolenia jest udzielana zgodnie z trybem udzielania pomocy na projekty, o których mowa w § 4 ust. 2.

§ 8. Jeżeli wartość pomocy brutto przekracza na szkolenie 1 000 000 euro, pomoc podlega indywidualnej notyfikacji Komisji Europejskiej.

§ 9. Pomoc jest udzielana do dnia 30 czerwca 2008 r.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Rozwoju Regionalnego: G. Gęsicka

1319

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia 19 września 2007 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Przepisy rozporządzenia nie naruszają odrębnych przepisów regulujących szczegółowe zasady

sporządzania i prowadzenia dodatkowej dokumentacji w celach określonych w tych przepisach.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu wyrażenia oznaczają:

- 1) zakład — zakład opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;
- 2) szpital — szpital będący jednostką organizacyjną zakładu;
- 3) osadzony — skazany, tymczasowo aresztowanego, ukaranego oraz osobę, wobec której zastosowano środek przymusu skutkujący pozbawieniem wolności;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290.

- 4) książka zdrowia — książkę zdrowia osadzonego;
- 5) dokumentacja — dokumentację medyczną;
- 6) zakład karny — także areszt śledczy;
- 7) ustawa — ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 3. 1. Dokumentacja dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną — odnoszącą się do poszczególnych osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu;
- 2) dokumentację zbiorczą — odnoszącą się do ogółu osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup osadzonych.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w formie pisemnej lub elektronicznej.

§ 4. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane na elektronicznych nośnikach informacji pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji;
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem;
- 4) sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji indywidualnej w sposób określony w § 3 ust. 2.

§ 5. Przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji dotyczących czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i zgonów płodów stosuje się kryteria oceny określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1135).

§ 6. 1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie, w języku polskim.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu podpisem osoby go sporządzającej, z podaniem danych ją identyfikujących.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia.

4. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiada kierownik zakładu.

§ 7. 1. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby zakładu, oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie oraz uprawnionych organów.

2. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności: książka zdrowia oraz historia choroby.

3. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: karta przebiegu ciąży oraz karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

4. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.

§ 8. 1. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) nazwę zakładu, w którym sporządzono dokumentację lub w którym dokonywany jest wpis do dokumentacji;
- 2) dane identyfikujące pacjenta:
 - a) nazwisko, imię (imiona) oraz imię ojca,
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) numer PESEL, a w przypadku jego braku — rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych lub osoby dokonującej wpisu do dokumentacji:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) w przypadku lekarza — uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu,
 - d) podpis;
- 4) datę dokonania wpisu;
- 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności:
 - a) opis wykonywanych czynności lekarskich lub pielęgnacyjnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych świadectwach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 6) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

2. Każdy z dokumentów będący częścią dokumentacji musi umożliwiać identyfikację osadzonego, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokument, a także być opatrzony datą jego sporządzenia.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osadzonego, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, chyba że inne oznaczenie tożsamości znajduje się w dokumentach stanowiących podstawę wykonywania pozbawienia wolności.

4. Do prowadzonej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

5. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 9. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera numer kolejny wpisu, dane wymienione w § 8 ust. 1 pkt 2 lit. a i b, pkt 3 lit. a i pkt 4 oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, zwięzłe informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja w szpitalach

§ 10. Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, składającą się co najmniej z historii choroby oraz książki zdrowia, której wzór stanowi załącznik do rozporządzenia, w której dokonuje się wpisu określającego:
 - a) powód odmowy przyjęcia osadzonego do szpitala oraz wydane w takim przypadku zalecenia,
 - b) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu, potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego,
 - c) miejsce i okres hospitalizacji, rozpoznanie ostateczne oraz — jeżeli zachodzi taka potrzeba — opinię o zdolności osadzonego do transportu i jego sposobie;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną, składającą się w szczególności z:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi raportów lekarskich,
 - e) księgi raportów pielęgniarских,
 - f) księgi zabiegów,
 - g) księgi bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej,
 - h) księgi pracowni diagnostycznej,
 - i) skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną składającą się co najmniej z karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, o której mowa w § 18, oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;

4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną, składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 11. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Przepisy § 8 ust. 1 pkt 2 lub ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 12. 1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart indywidualnej pielęgnacji,
 - b) kart obserwacji, w tym karty gorączkowej,
 - c) kart zleceń lekarskich,
 - d) formularza zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla osadzonego,
 - e) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - f) wyników badań diagnostycznych,
 - g) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby.

2. Do historii choroby można dołączyć na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego;
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta.

3. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji szpitala.

§ 13. Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

§ 14. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 8 ust. 1 pkt 1—4 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala, wraz z numerem księgi głównej;

- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta na oddział, wraz z numerem księgi oddziału;
 - 3) dane identyfikujące lekarza kierującego na badania lub leczenie;
 - 4) adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
 - 5) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala w formie wymaganej odrębnymi przepisami;
 - 6) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia;
 - 7) adnotację o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach;
 - 8) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badania lub leczenie;
 - 9) datę przyjęcia pacjenta — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
 - 10) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
 - 11) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
 - 12) dane identyfikujące lekarza przyjmującego i jego podpis.
- § 15. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:
- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
 - 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta;
 - 3) informacje o zaleceniach lekarskich;
 - 4) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
 - 5) ocenę stanu zdrowia w związku z zastosowaniem oraz w trakcie i po zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego;
 - 6) opinie o dopuszczalności wymierzenia i wykonywania kary dyscyplinarnej umieszczenia w celi izolacyjnej;
- 7) opinie o zasadności — ze względu na stan zdrowia — odroczenia, przerwania lub zmiany na inne wymierzone lub wykonywane kar dyscyplinarnych;
 - 8) o ile to konieczne — adnotacje o zdolności albo niezdolności osadzonego do transportu.
2. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.
3. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę na pacjentem. Funkcjonariusz Służby Więziennej lub pracownik zakładu przyjmujący zlecenie dokonuje adnotacji o przyjęciu zlecenia i opatruje je podpisem.
4. Wpisy w kartach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 lit. a—d, są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.
- § 16. 1. Historia choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, zawiera:
- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań;
 - 2) numer statystyczny choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 3) zastosowane leczenie, wykonane badania i zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
 - 4) epikryzę;
 - 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy;
 - 6) datę wypisu.
2. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi oddziału.
- § 17. Historia choroby w razie zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 16 ust. 1 pkt 1—4, zawiera:
- 1) datę zgonu pacjenta — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
 - 2) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
 - 4) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, jeżeli taka sytuacja miała miejsce.

§ 18. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w trzech równobrzmiących egzemplarzach. Karty informacyjne podpisuje lekarz wypisujący i ordynator oddziału. Przepisy § 8 ust. 1 pkt 1—3 stosuje się odpowiednio.

2. W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać:

- 1) rozpoznanie choroby;
- 2) wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych;
- 3) zastosowane leczenie;
- 4) zalecenia dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku zgonu pacjenta, zawiera dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1—3 oraz w § 17 pkt 1, 2 i 4.

4. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci — osobie, o której mowa w § 14 pkt 6.

5. Pozostałe egzemplarze kart informacyjnych dołącza się do historii choroby oraz książki zdrowia.

§ 19. Księga główna przyjęć i wypisów opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę przyjęcia osadzonego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) o ile to konieczne — numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument;
- 5) rozpoznanie wstępne;
- 6) rozpoznanie przy wypisie;
- 7) rodzaj leczenia, w tym wszystkie zabiegi operacyjne;
- 8) datę wypisu lub zgonu osadzonego;
- 9) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy;
- 10) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych, określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

§ 20. Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę zgłoszenia osadzonego;

- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) rozpoznanie określone przez lekarza kierującego na badanie lub leczenie;
- 5) dane identyfikujące lekarza, a w przypadku gdy zlecającym jest lekarz innego zakładu, także dane identyfikujące ten zakład;
- 6) ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału.

Dane określone w pkt 1—6 są grupowane w odniesieniu do każdego oddziału szpitala.

§ 21. Księga chorych oddziału, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę przyjęcia — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz numer kolejny osadzonego w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 4) dane identyfikujące osadzonego;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia na inny oddział albo zgonu osadzonego;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o zgonie;
- 9) adnotację o miejscu, dokąd osadzony został wypisany;
- 10) dane identyfikujące lekarza wypisującego.

§ 22. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą w szczególności: opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu oraz jego podpis.

§ 23. Księga raportów pielęgniarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) datę sporządzenia raportu;
- 2) treść raportu uwzględniającą w szczególności: opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 3) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis.

§ 24. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest lekarz innego zakładu, także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych i jej podpis.

§ 25. Księga bloku lub sali operacyjnej oraz księga sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzonego;
- 3) nazwę oddziału, na którym osadzony przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg operacyjny, a jeżeli kierującym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu operacyjnego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 7) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu operacyjnego;
- 8) szczegółowy opis zabiegu, operacji albo porodu wraz z rozpoznaniem, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg, operację albo odbierającą poród;
- 9) rodzaj znieczulenia zastosowanego u osadzonego i jego szczegółowy opis podpisany przez lekarza anestezjologa;
- 10) dane identyfikujące osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego lub zespołu porodowego oraz ich podpisy z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację, zabieg lub odbierającą poród oraz ich podpisy.

§ 26. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;

4) nazwę komórki organizacyjnej, zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład;

- 5) dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie;
- 6) adnotację o rodzaju i wyniku badania;
- 7) dane identyfikujące osoby wykonującej badanie.

Rozdział 3

Dokumentacja zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych

§ 27. Zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie książki zdrowia;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, z wyłączeniem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - d) księgi konsultacji i badań diagnostycznych,
 - e) księgi izby chorych.

§ 28. W książce zdrowia dokonuje się wpisów dotyczących:

- 1) badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz leczenia — wyniki wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, badań dodatkowych, rozpoznanie, zalecenia diagnostyczne i lecznicze, wydane protezy i środki pomocnicze;
- 2) skierowania, wyników badań, zaleceń w trakcie pobytu oraz czasu pobytu i rozpoznania związanych z pobytem w izbie chorych;
- 3) leczenia stomatologicznego — rozpoznanie, zastosowane leczenie i zalecenia diagnostyczne lub lecznicze;
- 4) sytuacji określonych w § 15 ust. 1 pkt 5—8.

§ 29. 1. Książka zdrowia zawiera w szczególności dane identyfikujące pacjenta, informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów oraz porad ambulatoryjnych.

2. W książce zdrowia w zakresie porad ambulatoryjnych umieszcza się:

- 1) datę porady ambulatoryjnej;
- 2) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;

- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacyjnych;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach i przepisanych produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) dane identyfikujące lekarza i jego podpis.

3. Zalecenia o leczeniu farmakologicznym obejmują nazwę środka farmakologicznego, jego dawkowanie oraz czas trwania leczenia.

4. Do książki zdrowia można dołączać kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych przedstawionych przez pacjenta oraz adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub osoby uprawnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

5. Do książki zdrowia dołącza się pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci pacjenta, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

§ 30. 1. Zakład sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera pogrupowane dane i informacje:

- 1) identyfikujące:
 - a) zakład zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1,
 - b) kobietę ciężarną zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2,
 - c) lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 3;
- 2) o ogólnym stanie zdrowia;
- 3) o poradach ambulatoryjnych.

2. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o ogólnym stanie zdrowia, lekarz dokonuje wpisów dotyczących w szczególności:

- 1) grupy krwi;
- 2) daty ostatniej miesiączki;
- 3) przybliżonego terminu porodu;
- 4) masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrostu;
- 6) liczby ciąż i porodów, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia;
- 7) czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebiegających;

- 8) opisu wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
- 9) daty rozpoznania ciąży — daty pierwszej wizyty w związku z ciążą;
- 10) wyników badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.

3. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o poradach ambulatoryjnych, lekarz dokonuje wpisów, zgodnie z § 29 ust. 2, oraz dodatkowo wpisuje ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu.

4. Kartę przebiegu ciąży dołącza się do książki zdrowia.

§ 31. Księga przyjęć opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę przyjęcia osadzonego;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) o ile to konieczne — numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument;
- 5) dane identyfikujące oraz podpis osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego;
- 6) rozpoznanie;
- 7) zalecenia diagnostyczne lub lecznicze;
- 8) dane identyfikujące osobę przyjmującą zalecenia określone w pkt 7.

§ 32. Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 26.

§ 33. Do księgi zabiegów sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 24.

§ 34. Księga konsultacji i badań specjalistycznych opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę zlecenia badania lub konsultacji;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) datę realizacji badania lub konsultacji;
- 5) wynik badania, zalecenia diagnostyczne lub lecznicze — o ile nie zostały wpisane do książki zdrowia.

§ 35. Księga izby chorych opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) rozpoznanie wstępne;
- 3) dane identyfikacyjne osadzonego;
- 4) datę umieszczenia osadzonego w izbie chorych;
- 5) datę wypisania osadzonego z izby chorych;
- 6) liczbę dni pobytu osadzonego w izbie chorych;
- 7) rozpoznanie ostateczne.

Rozdział 4

Świadectwa lekarskie

§ 36. 1. Lekarz przy sporządzaniu świadectwa lekarskiego wykorzystuje dostępną dokumentację medyczną osadzonego.

2. Świadectwo lekarskie, o którym mowa w ust. 1, sporządza się, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, w trzech egzemplarzach. Jeden przesyła się zgodnie z przeznaczeniem, drugi dołącza się do książki zdrowia, trzeci pozostaje w zakładzie, w którym świadectwo sporządzono.

3. W trakcie hospitalizacji osadzonego świadectwo lekarskie sporządza się, z zastrzeżeniem ust. 4, w czterech egzemplarzach. Czwarty egzemplarz dołącza się do historii choroby.

4. W przypadku świadectwa lekarskiego zawierającego stwierdzenie o braku możliwości leczenia lub diagnozowania w warunkach zakładu karnego sporządza się dodatkowy egzemplarz, który — po przesłaniu telefaksem lub pocztą elektroniczną jego kopii — niezwłocznie przesyła się odpowiedniemu dyrektorowi okręgowemu Służby Więziennej.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej

§ 37. Podpisanie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na elektronicznym nośniku informacji i podpisaniu tych danych, zgodnie z ustawą z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.²⁾).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 145, poz. 1050.

§ 38. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na jej zapisaniu na elektronicznym nośniku informacji w sposób zapewniający sprawdzenie jej integralności, możliwości weryfikacji podpisu elektronicznego lub danych identyfikujących oraz możliwość odczytania wszystkich informacji zawartych w tej dokumentacji, aż do zakończenia okresu przechowywania dokumentacji.

§ 39. 1. Zbiory informacji objętych dokumentacją prowadzoną w formie elektronicznej powinny być sporządzane z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia — przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:

- 1) Polskie Normy przenoszące normy europejskie;
- 2) normy państw członkowskich Unii Europejskiej przenoszące europejskie normy zharmonizowane;
- 3) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
- 4) Polskie Normy;
- 5) europejskie normy tymczasowe.

§ 40. Dokumentację prowadzoną w formie elektronicznej sporządza się w co najmniej dwóch egzemplarzach, każdy na innym rodzaju elektronicznego nośnika informacji.

Rozdział 6

Przepis końcowy

§ 41. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 39, który wchodzi w życie po upływie 24 miesięcy od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Sprawiedliwości: *Z. Ziobro*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 maja 2002 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 82, poz. 746), które utraciło moc w dniu 1 czerwca 2006 r., w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. sygn. akt K 22/05 (Dz. U. Nr 239, poz. 2020).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości
z dnia 19 września 2007 r. (poz. 1319)

WZÓR

I

.....
stempel aresztu śledczego/
zakładu karnego

.....
imię i nazwisko, imię ojca

.....
data i miejsce urodzenia

.....
data przybycia do zakładu karnego
(aresztu śledczego)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
płeć

KSIĄŻKA ZDROWIA OSADZONEGO

UCZULENIA:

.....
.....
.....

V

Ocena sanitarno-epidemiologiczna:.....
.....
Wzrost: cm Waga: kg RR: mm Hg

Zostałem zapoznany z problematyką zakażenia wirusem HIV i wyrażam – nie wyrażam^{*)} zgody na pobranie krwi do badań na obecność wirusa HIV.

tbc () epi () żółtaczka () HIV ()

Alkohol: - abstynent/ okazjonalnie/ nadużywanie/ potwierdzone uzależnienie^{*)}

Uwagi:

Nikotynizm: - nie pali/pali do 10 dziennie/ 10 – 20 / 20 – 30 / powyżej 30^{*)}Uwagi:
(od kiedy?)Narkotyki: - neguje/potwierdza^{*)}

Uwagi:

.....
(jaki? – od kiedy? – sposób przyjmowania)^{*)} Właściwe zaznaczyć......
data i podpis pacjenta.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki

VI
Badanie podmiotowe:

operacje, hospitalizacje, leczenie przewlekłe, aktualne dolegliwości, inne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis osadzonego

Odchylenia w badaniu przedmiotowym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

rozpoznanie i zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data, pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

VIII

Okresowe badania stomatologiczne:

Stan uzębienia i uwagi	Data podpis i pieczętka lekarza

XII**Leczenie ambulatoryjne i w izbie chorych:**

Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, rozpoznanie,
zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

XIII

Leczenie stomatologiczne:

Rozpoznanie, zastosowane leczenie, zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

XIV

Szczepienia:

data	nazwa szczepionki	uwagi	podpis

Zdolny – niezdolny^{*)} do samodzielnego udania się do miejsca zamieszkania.

^{*)} Właściwie zaznaczyć obwódką.

XV

**WKŁADKA
DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**

XVI

KSIĄŻKA ZDROWIA

OKŁADKA:

str. 1 – I
str. 2 – IV
str. 3 – XIV
str. 4 – czysta

KOLEJNE STRONY:

str. 1 – V
str. 2 – VI
str. 3 – VII
str. 4, 5 – II
str. 6, 7 – VIII
str. 8, 9 – XI
str. 10 – IX
str. 11 – X
str. 12 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

WKŁADKA DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO

OKŁADKA

str. 1 – XV
str. 2, 3, 4 – czyste

KOLEJNE STRONY

str. 1 – II
str. 2 – VIII
str. 3, 4 – XI
str. 5 – IX
str. 6 – X
str. 7 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

Już do nabycia !!!

Prawo zamówień publicznych

Tekst ujednoczony

opracowany przez
Urząd Zamówień Publicznych

Stan prawny na 11 maja 2007 r.

Data publikacji ostatniej, najważniejszej, najnowszej
nowelizacji 11 maja 2007 r.
(Dz. U. Nr 82, poz. 560)

**Nowe Prawo zamówień publicznych bardziej
przyjazne!**

- **Nowe, wyższe progi!!**
- **Łatwiejsze procedury!!**

Cena 24,80 zł (w tym VAT 0 %)

Zamówienia na tę publikację (oraz na Dziennik Ustaw, Monitor Polski i wiele innych
dzienników urzędowych, a także Przegląd Legislacyjny) **prosimy składać:**

- **listownie: Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
Wydział Wydawnictw i Poligrafii
ul. Powińska 69/71, 02-903 Warszawa**
- **faksem: 0-22 694-62-06, 0-22 694-60-36**
- **pocztą elektroniczną: wydawnictwa@cokprm.gov.pl**

Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godzinach 7³⁰—15³⁰)

SKŁADAMY PRAWO W CAŁOŚĆ

Najnowsze załączniki

Światowa Organizacja Handlu (WTO) załącznik do Porozumienia ustanawiającego Światową Organizację Handlu (WTO), sporządzonego w Marakeszu dnia 15 kwietnia 1994 r. (Dz. U. z 1995 r. Nr 98, poz. 483 i 484), Załącznik do Dziennika Ustaw z 2007 r. Nr 44, poz. 278	<u>cena 67,60 zł</u>
Zmiany wzorów formularzy sprawozdawczych, kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych na rok 2007, Załącznik do Dziennika Ustaw z 2007 r. Nr 37, poz. 238	<u>cena 117,90 zł</u>
Wymagania Dobrej Praktyki Wytwarzania, Załącznik do Dziennika Ustaw z 2006 r. Nr 194, poz. 1436	<u>cena 100,40 zł</u>
Program badań statystycznych statystyki publicznej na 2007 r., Załącznik do Dziennika Ustaw z 2006 r. Nr 170, poz. 1219	<u>cena 67,80 zł</u>
Wzory formularzy sprawozdawczych, kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych na 2007 rok (3 tomy), Załącznik do Dziennika Ustaw z 2006 r. Nr 245, poz. 1781	<u>cena 1 180,90 zł</u>
Wykaz zakładów zajmujących się wytwarzaniem lub obrotem paszami, Załącznik do Monitora Polskiego z 2006 r. Nr 87, poz. 907	<u>cena 275,60 zł</u>
Krajowy Plan Gospodarki Odpadami 2010, Załącznik do Monitora Polskiego z 2006 r. Nr 90, poz. 946	<u>cena 62,30 zł</u>
Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Stan na 31 stycznia 2007 r., Załącznik do Dziennika Urzędowego Ministra Zdrowia z 2007 r. Nr 4, poz. 12	<u>cena 460,10 zł</u>

Zamówienia prosimy składać:

listownie: Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
Wydział Wydawnictw i Poligrafii
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa

faksem: 0-22 694-62-06

pocztą elektroniczną: dziust@cokprm.gov.pl

Informacja tel.: 0-22 694-62-20, 0-22 694-76-55

Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581

Szanowni Państwo

WYDZIAŁ WYDAWNICTW I POLIGRAFII CENTRUM OBSŁUGI KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW informuje, że stosownie do art. 26 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449) urzędy terenowe organów administracji rządowej oraz organów samorządu terytorialnego zobowiązane są do prowadzenia zbiorów **Dziennika Ustaw**, **Monitora Polskiego** oraz **Monitora Polskiego B** i udostępniania nieodpłatnie do powszechnego wglądu w miejscach do tego przeznaczonych w siedzibach i godzinach pracy urzędów.

Prenumeratę roczną oraz egzemplarze bieżące i archiwalne można zamówić

listownie pod adresem: **Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów,
Wydział Wydawnictw i Poligrafii, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa**

lub **faxem** pod numerem 0-22 694-62-06.

Przy zakupie pojedynczych egzemplarzy prosimy o określenie formy płatności: przelew lub za zaliczeniem pocztowym.

Ceny brutto prenumeraty^{*)} na 2008 r. (w tym 7 % VAT):

DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ — 1611 zł

DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ „MONITOR POLSKI” — 488 zł

DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ „MONITOR POLSKI B” — 3348 zł

Informujemy, że nie przyjmujemy rezygnacji z prenumeraty, jak i zmniejszenia liczby prenumerowanych egzemplarzy. Wyjątek stanowi likwidacja instytucji lub firmy oraz uzasadnione wydarzenie losowe osób fizycznych.

^{*)} Cena prenumeraty nie obejmuje załączników.

Egzemplarze bieżące oraz archiwalne można nabywać:

- w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 0-22 694-67-00, 0-22 694-60-96 — na podstawie nadeszanego zamówienia (wyłącznie sprzedaż wysyłkowa);
- w punktach sprzedaży Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego w Warszawie (sprzedaż wyłącznie za gotówkę):
 - ul. Powsińska 73, tel. 0-22 694-62-96
 - al. Szucha 2/4, tel. 0-22 629-61-73

Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, do 15 dni po otrzymaniu następnego kolejnego numeru

O wszelkich zmianach nazwy lub adresu prenumeratora prosimy niezwłocznie informować na piśmie Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Dziennik Ustaw i Monitor Polski (spis treści) dostępne są w Internecie pod adresem www.cokprm.gov.pl

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

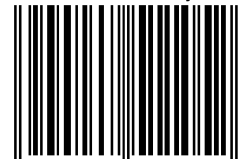
Redakcja: Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 0-22 622-66-56

Skład, druk i kolportaż: Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 0-22 694-67-50, 0-22 694-67-52; faks 0-22 694-62-06
Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7³⁰–15³⁰)

www.cokprm.gov.pl

e-mail: dziust@cokprm.gov.pl

DU 0185 2007 wyd.00



5 900248511052 >

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa