

332**OBWIESZCZENIE MINISTRA FINANSÓW¹⁾**

z dnia 30 kwietnia 2007 r.

w sprawie stawki odsetek za zwłokę od zaległości podatkowych

Na podstawie art. 56 § 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. — Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2005 r. Nr 8, poz. 60, z późn. zm.²⁾) ogłasza się, że stawka odsetek za zwłokę od zaległości podatkowych, poczynając od dnia 26 kwietnia 2007 r., wynosi 11,50 % kwoty zaległości w stosunku rocznym.

Minister Finansów: w z. *P. Banaś*

¹⁾ Minister Finansów kieruje działem administracji rządowej — finanse publiczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 131, poz. 908 i Nr 169, poz. 1204).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 85, poz. 727, Nr 86, poz. 732 i Nr 143, poz. 1199 oraz z 2006 r. Nr 66, poz. 470, Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1031, Nr 217, poz. 1590 i Nr 225, poz. 1635.

333**OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 18 kwietnia 2007 r.

w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) ogłasza się kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: ane-

stezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, stanowiące załącznik do obwieszczenia, obowiązujące do dnia ogłoszenia kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu przez specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny powołanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 r. (poz. 333)

KRYTERIA I SPOSÓB**STWIERDZENIA TRWAŁEGO I NIEODWRACALNEGO USTANIA CZYNNOŚCI MÓZGU
USTALONE PRZEZ SPECJALISTÓW Z DZIEDZIN MEDYCyny: ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII,
NEUROLOGII, NEUROCHIRURGII ORAZ MEDYCyny SĄDOWEJ****I. Założenia ogólne**

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych.

Śmiercią człowieka jako zintegrowanej jednostki jest definitywne ustanie krążenia krwi. Definicja ta miała i ma nadal uzasadnione powszechne zastosowanie z wyjątkiem tych przypadków zgonu, w których

w sposób szczególnie wyraźny ujawnił się zdysocjowany charakter śmierci. Są to przypadki, w których śmierć objęła już mózg, a pozostało krążenie krwi czynne jeszcze przez pewien czas. W tych ostatnich przypadkach należy posługiwać się tzw. nową definicją śmierci. W jej ujęciu kryterium kwalifikującym jest śmierć mózgu.

Zarówno śmierć człowieka w oparciu o kryterium krążeniowe nie oznacza, że z jej nastąpieniem wszystkie tkanki i komórki są martwe, jak również śmierć człowieka w oparciu o kryteria śmierci mózgu jako całości nie oznacza, że z chwilą jej nastąpienia wszystkie części mózgu i jego komórki są już martwe.

W śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka.

Diagnostyka śmierci człowieka w ujęciu definicji klasycznej opiera się wyłącznie na typowych objawach klinicznych ustania funkcji serca. Nie są zatem wymagane dla potwierdzenia ustania krążenia krwi takie badania, jak np. oznaczanie rzutu minutowego serca, elektrokardiografia lub angiografia wieńcowa. Dostatecznie długi upływ czasu od chwili ustania krążenia doprowadza do utrwalenia zmian w innych układach i tkankach, czyniąc w nich zmiany nieodwracalne.

Podobnie diagnostyka śmierci człowieka w ujęciu tzw. definicji nowej opiera się na objawach klinicznych nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgowego. Jest ono reprezentatywne dla śmierci mózgu jako całości.

Stwierdzone nieodwracalne uszkodzenie strukturalne mózgu jako przyczyna zniknięcia funkcji pnia mózgu i dostatecznie długi upływ czasu stanowią wraz z objawami klinicznymi dowód śmierci mózgu jako całości.

Również i tutaj nie są wymagane dla potwierdzenia śmierci mózgu takie badania, jak np. elektroencefalografia czy angiografia mózgowa.

Powyższy wywód obrazuje nie tylko istotne składniki diagnostyki śmierci w ujęciu klasycznym i tzw. nowym, ale także ewolucję samej definicji śmierci człowieka.

Przebyła ona 3 etapy różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań:

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).
2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).
3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Wszelkiego rodzaju rozpoznanie jest umową medyczną stwierdzającą, że wystąpienie ustalonej ilości cech dynamicznych i statycznych stanowi zestaw kryteriów charakterystycznych dla konkretnej choroby lub stanu.

Kryteria te doznają w ujęciu historycznym również typowej ewolucji, wynikającej z doświadczenia

medycznego zebranego w upływie czasu i ze statystyki.

Z reguły po pewnym czasie funkcjonowania umowy okazuje się, że zestaw kryteriów jest nie dość liczny, aby umożliwić pewne rozpoznanie. Wymaga on zatem ilościowego poszerzenia o nowe cechy lub przynajmniej o nowe metody.

Jednakże kolejny okres doświadczenia lekarskiego i korzystanie ze statystyki matematycznej wskazuje, że w tym ilościowo i jakościowo poszerzonym zestawie tylko kilka nielicznych kryteriów (objawów) ma znaczenie istotne; inne mają znaczenie jedynie dodatkowe.

Rezultatem takiego podejścia do problematyki rozpoznania jest tendencja odwrotna do poprzedniej, tj. dążąca do zmniejszenia ilości cech w zestawie i oparcie go na cechach znaczących.

W takim spojrzeniu również i diagnostyka śmierci doznała ewolucji i przewartościowań, przechodząc kolejne etapy:

- od śmierci **całego człowieka** do śmierci **człowieka jako całości** w wyniku definitywnego ustania krążenia krwi (definicja klasyczna),
- od śmierci **człowieka jako całości** w wyniku ustania krążenia krwi, do śmierci **całego mózgu** (definicja tzw. nowa),
- od śmierci **całego mózgu** do śmierci mózgu jako całości w wyniku śmierci pnia mózgowego (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Tak sformułowane etapy ewolucyjne definicji uwypuklają istotne znaczenie merytoryczne różnicy pomiędzy dwoma określeniami: „cały” i „jako całość”. Określenie „cały” oznacza wszystko bez reszty.

W odniesieniu do śmierci oznacza ono śmierć wszystkich bez wyjątku składników obiektu analizowanego w aspekcie życia.

Natomiast określenie „jako całość” oznacza więź łączącą razem wszystkie składniki.

W odniesieniu do śmierci oznacza ono zerwanie życiowo istotnej więzi pomiędzy składnikami obiektu analizowanego w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe.

Zmodyfikowane ujęcie śmierci człowieka w oparciu o śmierć mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego, jest wynikiem poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych. Stanowi ono dalszy postęp w taktyce intensywnej terapii, której wyznacza granice rozsądnej stosowalności. Czyni z niej zatem działania medyczne nie tylko bardziej rozsądne, ale i bardziej moralne, albo

wiem kładzie kres praktyce sztucznego wentylowania zwłok, stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi.

II. Rozpoznanie śmierci mózgu

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji.

Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe.

Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu.

Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć pnia mózgowego.

Spełnienie wszystkich wymogów etapu I warunkuje przejście do etapu II.

Etap I obejmuje dokonanie u chorych następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1. Stwierdzenia:

- a) chory jest w śpiączce,
- b) sztucznie wentylowany,
- c) rozpoznano przyczynę śpiączki,
- d) wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu,
- e) uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

2. Wykluczenia:

- a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające m.m. poprzecznie prążkowane),
- b) w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi,
- c) z zaburzeniami metabolicznymi i endokryinologicznymi,
- d) z drgawkami i prężeniami,
- e) noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia.

Spełnienie warunków zawartych w „Stwierdzeniach” i „Wykluczeniach” zezwala na wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu i przejścia do etapu II.

Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki w odstępach 3-godzinnych następujących badań potwierdzających:

- 1) nieobecność odruchów pniowych,
- 2) bezdech.

Badanie odruchów pniowych wykazuje:

- 1) brak reakcji źrenic na światło,
- 2) brak odruchu rogówkowego,
- 3) brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- 4) brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych,
- 5) brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- 6) brak odruchu oczno-mózgowego.

Badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Wytyczne techniczne do sposobu badań:

Badanie reakcji na światło:

- a) przed próbą należy przez 30 sekund utrzymać zamknięte powieki,
- b) następnie odstąpić równocześnie obie źrenice oświetlając je światłem z silnego źródła (latarka lekarska, zwykła latarka, laryngoskop),
- c) badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych,
- d) w czasie badania obserwować średnicę źrenic, przez około 5 sekund.

Badanie odruchu rogówkowego:

- a) unieść powiekę i odstąpić gałkę oczną,
- b) dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach sterylnym wacikiem,
- c) badanie wykonać obustronnie,
- d) obserwować zachowanie się powiek podczas próby.

Próba kaloryczna:

- a) przed wykonaniem próby sprawdzić wziernikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny),
- b) skierować strumień z 20 ml lodowatej wody (temp. 3—10 °C) na błonę bębenkową,
- c) obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Sprawdzanie reakcji bólowych:

- a) w zakresie nerwów czaszkowych: nacisk opuszką palca na okolicę wyjścia nerwu nadoczodołowego (obustronnie),

- b) w zakresie nerwów obwodowych: ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej paznokcia (obustronnie),
- c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

Sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych:

- a) wprowadzenie zgłębnika do gardła i początkowego odcinka przełyku oraz ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego,
- b) wprowadzenie zgłębnika do tchawicy i oskrzeli oraz osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego,
- c) obserwować zachowanie się mięśni mimicznych twarzy, mięśni klatki piersiowej i brzucha.

Badanie odruchu oczno-mózgowego:

- a) stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków,
- b) odsłonić gałki oczne odsuwając kciukami powieki ku górze,
- c) obrócić głowę badanego najpierw w jedną stronę i zatrzymać 3—5 sekund w tej pozycji,
- d) obrócić głowę badanego w przeciwną stronę i trzymać ją przez 3—5 sekund w tej pozycji,
- e) obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Badanie bezdechu:

- a) przez 10 minut wentylować badanego 100 % tlenem w układzie bezzwrotnym,
- b) następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100 % tlenem, aby zawartość wydechu CO_2 rejestrowana kapnograficznie ustabilizowała się na poziomie $5 \pm 0,5$ %,
- c) po uzyskaniu ww. stabilizacji pobrać krew z tętnicy i oznaczyć Pa CO_2 ,
- d) natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od wentylatora płucnego (respiratora), rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu z przepływem 6 l/min, przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy,
- e) od chwili odłączenia wentylatora płucnego obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut,
- f) z chwilą upływu 10 minut pobrać krew z tętnicy celem oznaczenia Pa CO_2 i natychmiast po pobraniu krwi podłączyć badanego ponownie do wentylatora płucnego.

Uwaga: próba jest wykonana prawidłowo, jeśli w początkowym oznaczeniu Pa CO_2 uzyskano wartość co najmniej 40 mm Hg (5,3 kPa), a przyrost Pa CO_2 po 10 minutach próby wyniósł co najmniej 15 mmHg (1,9 kPa).

Jeśli w oznaczeniu początkowym uzyskano wartość Pa CO_2 poniżej 40 mm (5,3 kPa), należy po 1/2 godziny wykonać powyższą próbę ponownie po odpowiednim zmniejszeniu wentylacji płuc 100 % tlenem.

Przy prawidłowo wykonanej próbie brak jakiegokolwiek reakcji ze strony mięśni biorących udział w oddychaniu świadczy o trwałości bezdechu.

Wszystkie badania potwierdzające należy powtórzyć po trzech godzinach od chwili zakończenia pierwszej serii badań.

Spełnione wszystkie kryteria i właściwe, dwukrotne wykonanie prób zezwalają komisji złożonej z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, na uznanie badanego za zmarłego w wyniku śmierci mózgowej.

III. Wskazówki i uwagi dla Komisji ds. orzekania o śmierci osobniczej

Komisja bada chorego i przedstawioną jej dokumentację, kontrolując czy:

- 1) dokonano wymaganych wstępnych stwierdzeń (etap I)?
- 2) dokonano wymaganych wstępnych wykluczeń (etap II)?
- 3) stwierdzono strukturalne uszkodzenie mózgu?
- 4) stwierdzono nieodwracalność strukturalnego uszkodzenia mózgu (wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływ czasu)?
- 5) stwierdzono brak odruchów pniowych?
- 6) stwierdzono trwałe bezdech?

Jeśli tak, to:

- 1) chorego wolno uznać za zmarłego, mimo jeszcze utrzymującej się czynności serca,
- 2) uznanie za zmarłego leży w kompetencji Komisji,
- 3) z chwilą uznania chorego za zmarłego respirator wentyluje zwłoki,
- 4) chory jest zmarłym, kiedy mózg został uznany za martwy, a więc nie wtedy, kiedy odłączono wentylator płucny (respirator) i czynność serca uległa zatrzymaniu,
- 5) obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisijnego potwierdzenia zgonu,
- 6) badania elektroencefalograficzne i badania angiograficzne mózgu nie są potrzebne do rozpoznania śmierci pnia mózgu,
- 7) w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci pnia mózgu Komisja oddała wnioszek.

IV. Protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu

U chorego	urodz.	dokonano następujących stwierdzeń i wykluczeń:
chory jest w śpiączce		tak nie*
sztucznie wentylowany		tak nie
rozpoznano: przyczynę śpiączki		tak nie
uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu		tak nie
chory jest zatruty i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające m.m. poprzecznie prążkowane)		tak nie
w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi		tak nie
z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi		tak nie
z drgawkami i prężeniami		tak nie
jest noworodkiem donoszonym powyżej 7 dnia życia		tak nie

Na podstawie powyższych stwierdzeń i wykluczeń wysunięto dnia o godz.
podejrzanie śmierci pnia mózgowego.

Wykonano dwukrotnie w odstępie 3 godzin badania potwierdzające i uzyskano następujące wyniki:

Wyniki badania:

	Badanie			
	I		II	
brak reakcji źrenic na światło	tak	nie*	tak	nie*
brak odruchu rogówkowego	tak	nie	tak	nie
brak ruchów gałek ocznych spontanicznych	tak	nie	tak	nie
brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej	tak	nie	tak	nie
brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy	tak	nie	tak	nie
brak odruchów wymiotnych i kaszlowych	tak	nie	tak	nie
brak odruchu oczno-mózgowego	tak	nie	tak	nie
trwały bezdech	tak	nie	tak	nie

Badanie potwierdzające rozpoczęto w godzinie po wysunięciu podejrzenia śmierci pnia mózgowego.
I serię ww. badań rozpoczęto dnia o godz. zakończono dnia o godz.
II serię ww. badań rozpoczęto dnia o godz. zakończono dnia o godz.

Przeprowadzone dwukrotnie badania potwierdziły trwałe zniesienie czynności pnia mózgowego w wyniku jego śmierci.

Protokół niniejszy wraz z kompletną dokumentacją przebiegu leczenia przedłożono Komisji ds. orzekania o śmierci osobniczej.

.....
(podpis ordynatora oddziału/kliniki)

* Niewłaściwe skreślić.

V. Protokół Komisji ds. orzekania o śmierci osobniczej w

Komisja w dniu o godz. po zbadaniu chorego lat i zapoznaniu się z przebiegiem choroby i leczenia oraz protokołem postępowania diagnostycznego (w załączeniu) uznała ww. za zmarłego w wyniku śmierci pnia mózgowego i dokonała dnia o godz. stwierdzenia zgonu.

Podpisy

Przewodniczący Komisji
.....
Specjalista

Członkowie Komisji
1.
Specjalista
2.
Specjalista

Kryteria i sposób opracowań zespół specjalistów w składzie:

1. prof. dr hab. Andrzej Nestorowicz — Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultantów Medycznych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
2. prof. dr hab. Marek Sych — specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
3. prof. dr hab. Tadeusz Szreter — Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka,
4. prof. dr hab. Barbara Stroińska-Kuś — Przewodnicząca Krajowego Zespołu Konsultantów Medycznych w dziedzinie neurologii,
5. prof. dr hab. Witold Mazurowski — Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultantów Medycznych w dziedzinie neurochirurgii,
6. prof. dr hab. Aleksander Dubrzyński — Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultantów Medycznych w dziedzinie medycyny sądowej.

334

OGŁOSZENIE PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ RADY RADIOFONII I TELEWIZJI

z dnia 25 kwietnia 2007 r.

o możliwości uzyskania koncesji na rozpowszechnianie programu telewizyjnego

Na podstawie art. 34 ust. 1 oraz ust. 1a ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2004 r. Nr 253, poz. 2531, z późn. zm.¹⁾), w porozumieniu z Prezesem Urzędu Komunikacji Elektronicznej, ogłaszam informację o możliwości uzyskania koncesji na rozpowszechnianie programu telewizyjnego.

I. Ogłoszenie stanowi podstawę do składania wniosków:

o zmianę, w trybie art. 155 Kodeksu postępowania administracyjnego, posiadanej przez wnioskodawcę

koncesji, polegającą na rozszerzeniu koncesji o kolejną stację nadawczą, na okres do wygaśnięcia zmieniającej koncesji, na rozpowszechnianie programu telewizyjnego o charakterze uniwersalnym, tzn. programu zawierającego różne gatunki i formy telewizyjne oraz różnorodną problematykę.

Program będzie rozpowszechniany za pomocą stacji nadawczej o następujących parametrach technicznych:

Województwo	Lokalizacja stacji	Kanał	ERP [kW]
dolnośląskie	Wrocław	28	1,0

Rozpoczęcie emisji może nastąpić nie wcześniej niż dnia 2 lipca 2007 r.

II. Elementem decyzji koncesyjnej w zakresie określenia warunków programowych będzie odesłanie do zadeklarowanych przez wnioskodawcę we wniosku o zmianę koncesji informacji programowych i związanych z tym załączników, do których przestrzegania po uzyskaniu decyzji w sprawie zmiany koncesji wnioskodawca się zobowiązał. Rażąco odstępianie od zadekla-

rowanych warunków programowych po rozszerzeniu koncesji będzie stanowić przesłankę cofnięcia koncesji w trybie art. 38 ust. 1 pkt 2 ustawy o radiofonii i telewizji.

III. W postępowaniu stosuje się formularze wniosków, które można uzyskać w siedzibie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji w Warszawie przy Skwerze Kardynała Wyszyńskiego 9, w dni robocze w godz. 10⁰⁰—15⁰⁰. Formularze dostępne są także na stronie internetowej www.krrit.gov.pl.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 17, poz. 141, Nr 85, poz. 728 i Nr 267, poz. 2258, z 2006 r. Nr 51, poz. 377, Nr 83, poz. 574 i Nr 133, poz. 935 oraz z 2007 r. Nr 25, poz. 162 i Nr 61, poz. 411.

Wnioski można nadsyłać pocztą lub składać w kancelarii Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji pok. A1. Kancelaria przyjmuje wnioski w dni robocze