**Umowa Zlecenie Nr  
na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie**

**lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla dorosłych**

**w przychodni przy ul. ..........................................................**

**zawarta w dniu...........**w Warszawie **pomiędzy:**

**Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo– Włochy z siedzibą przy ul. M. C. Coopera 5,** zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod Nr 000000007294 oraz w Krajowym rejestrze Sądowym pod Nr 0000003553 reprezentowanym przez **Dyrektora Zbigniewa Jadczaka,** zwanym dalej **Zleceniodawcą**

**a**

**Panią/ Panem........................ ,** zamieszkałą/łym: **....................**legitymująca/cy się dowodem osobistym: seria **......**numer............ **,** wydanym przez ..............., posiadająca/cy Prawo Wykonywania Zawodu nr **.......................................,** zwaną/ym dalej **Zleceniobiorcą**.

**§ 1**

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie porad **lekarza POZ dla dorosłych w Przychodni przy**

**ul................................,** zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

1. Usługi medyczne będą wykonywane w ustalonych z Kierownikiem Przychodni w dniach i godzinach **tj................................... godzin tygodniowo oraz wizyty domowe zgodnie z zapotrzebowaniem poza godzinami pracy w gabinecie.**
2. Świadczenia zdrowotne rozliczane są na podstawie uzgodnionego przez strony harmonogramu. Realizację świadczeń zdrowotnych rozpoczyna i kończy moment zalogowania się do systemu Medicus- on-line tylko i wyłącznie, jeśli wykazane godziny udzielania świadczeń są zgodne z ustalonym harmonogramem.

**§ 2**

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje   
   i umiejętności do wykonywania usług medycznych określonych w § 1.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania przedmiotu umowy, wykorzystując przy tym wiedzę, umiejętności oraz postęp wiedzy medycznej, przy użyciu dostępnych u Zleceniodawcy materiałów i środków farmaceutycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej, przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z udzielanymi im w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi.
3. **Zleceniobiorca** jest zobowiązany w ramach wykonywania świadczeń medycznych do korzystania z własnej odzieży ochronnej.
4. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń medycznych.
5. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działaniu pola elektromagnetycznego również aktualnego zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
6. Wstępne szkolenie BHP zapewnia **Zleceniodawca.**

**§ 3**

1. Strony zobowiązują się przetwarzać dane osobowe zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) i innymi powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, stosując przy tym środki techniczne i organizacyjne wskazane w art. 32 RODO, zapewniające właściwą ochronę danych osobowych oraz zapewniając dostęp do danych osobowych wyłącznie osobom upoważnionym.
2. Dostęp Zleceniobiorcy, do danych osobowych przetwarzanych w SZPZLO Warszawa

Bemowo-Włochy, odbywa się na zasadach określonych w wewnętrznych regulacjach Zleceniodawcy, z którymi Zleceniobiorca zapozna się przed rozpoczęciem realizacji przedmiotu umowy.

1. W odniesieniu do danych osobowych Zleceniobiorcy, klauzula obowiązku informacyjnego RODO, została wskazana w **załączniku nr 1 do umowy**.

**§ 4**

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do odnotowywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dokumentacji medycznej pacjentów oraz w rejestrze usług komercyjnych.
2. Wszystkie wpisy dokonane przez Zleceniobiorcę w dokumentacji medycznej powinny spełniać wymogi określone w obowiązujących przepisach dotyczących tej dokumentacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
3. Wytworzona dokumentacja medyczna jest własnością Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zobowiązany jest do udostępnienia dokumentacji na żądanie Zleceniodawcy.
4. Zleceniobiorca nie ma prawa do przemieszczania w/w dokumentacji, kopiowania czy innego jej przetwarzania.

5. Zleceniobiorca zobowiązany jest zachować w poufności wszystkie informacje związane   
 z zawarciem i realizacją niniejszej Umowy.

**§ 5**

1. Zleceniobiorca jest zobowiązany do osobistego świadczenia usług określonych w § 1

umowy.

**§ 6**

Zleceniobiorca zobowiązany jest do:

1. Posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej o wysokości sumy gwarancyjnej nie niższej niż przewidziana w rozporządzeniu Ministra Finansów dnia **z dnia 29 kwietnia 2019 r.**[**(Dz.U. z 2019 r. poz. 866)**](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytgnrvhe4dc). w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „ubezpieczeniem OC”, oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia przez cały okres trwania Umowy;

2. Złożenia polisy ubezpieczeniowej (kopii), o której mowa w ust. 1 nie później niż w dniu

zawarcia Umowy, a w przypadku jej odnawiania i/lub zmiany nie później niż w dniu

wygaśnięcia poprzedniej (złożonej) polisy, bez wezwania. Zleceniobiorca przyjmuje do

wiadomości i akceptuje fakt, iż w przypadku braku realizacji obowiązku dostarczenia kopii

aktualnej polisy OC Zleceniodawca będzie mógł wstrzymać płatność należności z tytułu

wykonania umowy do czasu dostarczenia polis. Takie wstrzymanie płatności nie jest uważane za nienależyte wykonanie umowy przez Zleceniodawcę.

3. Utrzymywania przez cały okres obowiązywania Umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz

wysokości ubezpieczenia.

**§ 7**

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zawiadomienia Zleceniodawcy o zaistnieniu wszelkich okoliczności powodujących zmianę w zakresie obowiązku ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego niezwłocznie, nie później niż w terminie 5 dni od daty ich zaistnienia.

Wzór Oświadczenia Zleceniobiorcy do celów ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych wraz z informacją osobową Zleceniobiorcy do celów podatkowych oraz ubezpieczeniowych stanowią integralną część niniejszej Umowy.

1. W razie nie poinformowania Zleceniodawcy o okolicznościach, o których nowa w

ust 1 Zleceniobiorca zobowiązany jest do zapłaty na rzecz Zleceniodawcy wszelkich obciążeń publicznoprawnych, a w szczególności obciążających Zleceniodawcę składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, a także zwrotu wszelkich poniesionych z tego tytułu przez Zleceniodawcę kosztów i wydatków, w tym nałożonych na Zleceniodawcę kar.

1. W okresie podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu Umowy (obowiązkowo lub dobrowolnie) wynagrodzenie, o którym mowa w Umowie będzie pomniejszone o wysokość składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego i składek na ubezpieczenie zdrowotne.

**§ 8**

1. Za świadczenie usług będących przedmiotem umowy Zleceniobiorca otrzyma

miesięczne wynagrodzenie w wysokości **..........................zł ( słownie: ..........złotych)**

**brutto za jedną godzinę świadczenia usług w gabinecie.**

Za jedną wizytę domową zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w

Wysokości................................**zł ( słownie: ...................... złotych) brutto.**

a) Za poradę komercyjną**- 50%** **aktualnie obowiązującej ceny porady** w cenniku usług

medycznych SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy.

b) Za wykonanie czynności związanych z **wystawieniem karty zgonu** Zleceniobiorcy

przysługuje **wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości 140,00 zł (słownie: sto czterdzieści złotych).**

2.Wprowadza się załącznik nr 2 do Umowy **„ Zasady postępowania w razie śmierci   
 pacjenta”.**

3. Zleceniobiorca wystawia rachunek za okresy miesięczne, po zakończeniu każdego   
miesiąca, w którym usługi były świadczone na podstawie sprawozdania z wykonanych świadczeń sprawdzonego i zatwierdzonego pod względem merytorycznym przez Kierownika Przychodni/ Poradni/ Pracowni. Kierownik zobowiązany jest do sprawdzenia i zatwierdzenia sprawozdania w terminie 3-ch dni od daty dostarczenia sprawozdania.

4. Udzielanie świadczeń poza harmonogramem odbywa się tylko za zgodą Powierzającego, w którego imieniu działa Kierownik przychodni, potwierdzający własnoręcznym podpisem liczbę godzin udzielonych zgodnie i poza harmonogramem świadczeń zdrowotnych, stanowiących podstawę do rozliczenia.

5. W przypadku awarii systemu, przerwy technicznej dokumentem wiążącym

będą wypracowane godziny potwierdzone przez Kierownika przychodni lub osobę przez

niego upoważnioną.

6. Zleceniobiorca dostarcza rachunek do Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi nie później

niż do 7-go dnia po upływie miesiąca, którego dotyczy.

7 . Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest wypłacane przez Zleceniodawcę za okresy   
 miesięczne, z dołu, za każdy miesiąc, w którym usługi były świadczone,  
 26 dnia każdego następnego miesiąca, na podstawie rachunku dostarczonego do Działu

Zarządzania Zasobami Ludzkimi.

8. Z wynagrodzenia Zleceniodawca dokona potrąceń zgodnie z obowiązującymi przepisami i na podstawie danych zawartych w Oświadczeniu Zleceniobiorcy.

9. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia , w terminie, o którym mowa w ust.7 jest terminowe dostarczenie przez Zleceniobiorcę rachunku.

10. Do rachunku Zleceniobiorca dołącza oświadczenie oraz wykaz ilości godzin świadczonych usług, poświadczone własnoręcznym podpisem oraz sprawdzone i potwierdzone przez Kierownika Przychodni.

**§ 9**

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez NFZ, Zleceniodawcę oraz inne uprawnione podmioty w zakresie wykonywania Umowy oraz udostępniania wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzania kontroli.
2. Kontrola obejmuje wykonanie Umowy, w szczególności:

a) sposobu udzielania świadczeń i zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych;

b) gospodarowanie środkami, które zapewnia Zleceniodawca;

c) dokonywanie rozliczeń ustalających koszty udzielanych świadczeń i należności za udzielanie świadczenia;

d) prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej;

e) wykonywanie zaleceń pokontrolnych.

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zapłaty kar umownych, wynikających z niniejszej umowy, w wysokości maksymalnie do 100% średniego wynagrodzenia miesięcznego z ostatnich trzech miesięcy za rażące i udowodnione naruszenie postanowień umowy. Za rażące naruszenie postanowień umowy rozumie się m.in.:
2. zaniechanie leczenia lub niewłaściwe leczenie pacjenta, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd w sztuce lekarskiej skutkujące uzasadnionymi roszczeniami pacjenta wobec **Zleceniodawcy-** kara umowna do wysokości 100 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

b) niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa udzielanie świadczeń zdrowotnych skutkujących powstaniem szkody dla Zleceniodawcykara umowna w wysokości do 30 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy,

1. braku realizacji zaleceń pokontrolnych kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
2. rażące naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. ( Dz. U. 2023r. poz. 487 ze zm.) w sprawie recept lekarskich - kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
3. naruszenie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych - kara umowna do wysokości 20 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
4. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy
5. nie prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenie jej w sposób nieprawidłowy- kara umowna do wysokości 50 % średniego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 3 miesięcy.
6. W przypadku, gdy szkoda przewyższa zastrzeżoną karę umowną Zleceniodawca ma

prawo, na zasadach ogólnych, dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary.

1. Kary umowne mogą być potrącone z należności **Zleceniobiorcy**.

6. W przypadku braku realizacji zaleceń pokontrolnych lub ponownego rażącego

naruszenia zasad umowy **Zleceniodawca** ma prawo rozwiązania umowy w trybie

natychmiastowym.

**§ 10**

1.Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność cywilną solidarną ze Zleceniodawcą   
 za wszelkie zdarzenia związane z udzielaniem pacjentom usług , jak również za

odmowę świadczenia takich usług, do których był zobowiązany na podstawie

niniejszej Umowy.

2. Kopia polisy stanowi załącznik do niniejszej Umowy.

**§ 11**

1. Umowa zawarta jest na okres **od ......................... do ....................................**

**§ 12**

1. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie na podstawie porozumienia stron.

2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana z dniem utraty przez **Zleceniodawcę** dalszego finansowania przez MOW NFZ świadczeń określonych w umowie.

4. W przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy umowa może być rozwiązana bez zachowania terminu wypowiedzenia, a w szczególności :

1. niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,a w szczególności za zaniedbanie lub błąd w sztuce lekarskiej;
2. rażącego naruszenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. (Dz. U. z 2023 poz. 487 ze zm.) w sprawie recept lekarskich,
3. przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
4. nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.
5. braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
6. w przypadku innych nadużyć w stosunku do **Zleceniodawcy** i/lub pacjenta (np. przyjmowanie pieniędzy od pacjentów z pominięcie kasy, odsyłanie pacjenta do prywatnego gabinetu, uzależnianie wykonania świadczeń od otrzymania dodatkowego wynagrodzenia, złamania praw pacjenta;
7. naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
8. nie świadczenie usług w terminach uzgodnionych w harmonogramie,
9. gdy Zleceniobiorca popełni przestępstwo, które uniemożliwi dalszą realizację umowy jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub zostanie wszczęte postępowanie karne lub dyscyplinarne przeciwko Zleceniobiorcy i w związku z powyższym Zleceniobiorca utraci prawo wykonywania zawodu lekarza,
10. gdy Zleceniobiorca utraci uprawnienia konieczne dla realizacji umowy, a także opuści bez uzgodnienia miejsce udzielanych świadczeń, bądź nie przystąpi do realizacji

umowy, bądź odmówi poddania się badania krwi na zawartość alkoholu i/lub środków odurzających , gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie ich użycia.

**§ 13**

1. Strony oświadczają, że została ona zawarta w sposób prawidłowy, w pełni świadomie   
 przez osoby należycie umocowane, bez jakichkolwiek wad oświadczeń woli, zrzekają się   
 jakichkolwiek roszczeń o ustalenie nieważności/nieistnienia lub odstąpienie od niniejszej   
 umowy.   
2. Strony oświadczają, że niniejsza Umowa nie jest i nie zastępuje umowy o pracę,   
 a Zleceniobiorca nie posiada i zrzeka się jakichkolwiek ewentualnych roszczeń do ustaleń   
 jej treści jako dotyczącej prawa pracy.

**§ 14**

1. Do spraw nieuregulowanych umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

**§ 15**

Wszelkie spory mogące wynikać na tle wykonania przedmiotu umowy rozstrzygnięte   
 zostaną przez właściwy dla siedziby Zleceniodawcy Sąd Rejonowy.

**§ 16**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej   
 ze stron.

**ZLECENIOBIORCA ZLECENIO****DAWCA**

**Załącznik nr 2 do Umowy Zlecenia Nr**

**Zasady postępowania w przypadku śmierci pacjenta**

I.

l. Obowiązkiem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który sprawował opiekę nad pacjentem w okresie 30 dni przed dniem zgonu i udzielał choremu świadczeń lekarskich, jest wystawienie karty zgonu nie później niż 12 godzin od wezwania.

1. W przypadku zgłoszenia zgonu w dni wolne od pracy lub święta, gdy lekarz, który sprawował opiekę nad zmarłym pacjentem nie jest w stanie w ciągu 12 godz. wystawić karty zgonu, kartę zgonu wystawia lekarz NPL-u.

3. Przed wystawieniem karty zgonu lekarz obowiązany jest:

1. ustalić tożsamość zwłok i dokonać osobiście ich oględzin;
2. przeprowadzić wywiad wśród osób z otoczenia osoby zmarłej w celu ustalenia okoliczności nastąpienia zgonu;
3. zapoznać się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia danej osoby w okresie poprzedzającym zgon.

II.

1. W przypadku podejrzenia, że przyczyna śmierci nie jest naturalna lub okoliczności śmierci budzą wątpliwość, w szczególności śmierć nastąpiła w wyniku przestępstwa lub samobójstwa, należy niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub najbliższy posterunek policji.
2. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej, lekarz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
3. W przypadku śmierci pacjenta na terenie Zespołu należy

niezwłocznie:

1. powiadomić przełożonego i Dyrektora Zespołu;
2. powiadomić najbliższy posterunek policji;
3. powiadomić rodzinę pacjenta;
4. sporządzić notatkę służbową opisującą okoliczności śmierci pacjenta.

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z powyższą treścią.

data …………………………. imię i nazwisko…….......................................

**Załącznik nr 1 do umowy nr …... /2024**

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO DLA ZLECENIOBIORCY**

W odniesieniu do danych osobowych **ZLECENIOBIORCA**, ZLECENIODAWCA informuje, iż zgodnie z RODO:

1. Administratorem danych osobowych ZLECENIOBIORCY **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy** z siedzibą w Warszawie przy

ul Coopera 5, 01-315 Warszawa;

1. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@zozbemowo.pl](mailto:iod@zozbemowo.pl);
2. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) oraz c) RODO w zw. z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
3. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
6. Państwa dane osobowe, będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy, a w odniesieniu do danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo przysługuje Państwu prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, a w przypadku realizacji przedmiotu umowy polegającym na udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów Administratora, jest wymogiem ustawowym dotyczącym prowadzenia dokumentacji medycznej.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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

**ZLECENIOBIORCA ZLECENIODAWCA**

`