Konkurs nr 62/2018/W **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….……………………………..

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

…………………………………………………………………………………….……………………

Telefon: ……………………….……… e-mail : …………………………………………………….…

NIP: ………………………………………….. REGON: ………………….…………………………

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza i konsultacji psychologicznych w lokalizacji Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10 w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max**  **w ramach normalnej ordynacji**  **miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | | | **5.** |
| 1 | III.1.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – ordynacja i dyżury |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-sb | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 2. | III.2.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym -konsultacje neurochirurgiczne |  | Wynagrodzenie miesięczne – ryczałt | | |  |
|  | | |  |
| 3. | III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z Pracownią Radiologii Zabiegowej i w Poradni Chorób Naczyń |  | Wynagrodzenie -…. % wartości procedury z grupy Q41-Q48 wg katalogu JGP | | |  |
| …………….% | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Zakres, na który jest składana oferta** | | **Wskazanie Oferenta** | | | **Proponowane wynagrodzenie** | | | | | | | | | | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max**  **w ramach normalnej ordynacji**  **miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | | **2.** | | **3.** | | | **4.** | | | | | | | | | | | **5.** |
| 4. | | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z Pracownią Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca | |  | | | Wynagrodzenie:  - stawka za 1 badanie elektrofizjologiczne EPS | | | | | Wynagrodzenie:  - stawka za 1 badanie elektrofizjologiczne EPS zakończone ablacją | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | |  |
| 5. | | III.5.Udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ordynacja i dyżury wraz z zastępstwem kierującego Oddziałem oraz wykonywanie czynności Przewodniczącego Zespołu Terapeutycznego | |  | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-sb | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta | | | Za zastępstwo i  Przew. Zespołu Terapeutycznego – wynagrodzenia ryczałt | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 6. | | III.6. Udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 1- dzień w tygodniu 8 godzin | |  | | | Wynagrodzenie - za 1 godzinę | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 7. | | III.7. Udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Onkologicznej | |  | | | Wynagrodzenie  za 1 biopsję gruboigłową pod kontrola USG -1 piersi | | Wynagrodzenie  za 1 poradę onkologiczną, w tym DiLO rozliczoną w JGP | | | | Wynagrodzenie  za 1 konsultację onkologiczną | | | Wynagrodzenie  za 1 procedurę chirurgiczną rozliczaną w JGP ( % wart. porady wg JGP) | |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |
| 8. | | III.8. Udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Kardiologicznej **Kardiologiczn** | |  | | | Wynagrodzenie ......... % wartości wykonanego świadczenia wg wyceny NFZ ( JGP ) | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **L.p.** | | **Zakres, na który jest składana oferta** | | **Wskazanie Oferenta** | | | **Proponowane wynagrodzenie** | | | | | | | | | | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max**  **w ramach normalnej ordynacji**  **miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | | **2.** | | **3.** | | | **4.** | | | | | | | | | | | **5.** |
| 9. | | | III.9.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Dziecięcej – ordynacja i dyżury | |  | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-sb | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | |  |
| 10. | | | III.10.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Badań Neurofizjologicznych- elektomiorografia | |  | | 1 badanie ENG-badania ambulatoryjne | 1 badanie ENG badania szpitale | | | 1 Próba miastemiczana | | | Próba tężyczkowa | | | EMG mięsień |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  |
| 11. | | | III.11.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chorób Płuc - dyżury | |  | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| 12 | | | III.12.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – ordynacja i dyżury | |  | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-sb | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | |  |
| 13 | | | III..13 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Zakładzie Patologii | |  | | 1 Diagnoza histopatologiczna, ,konsultacja i ocena IHC | | | | | | 1 ocena cytologiczna z konsultacją | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | |
| 14 | | | III.14 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziałach Szpitala - konsultacje w zakresie: reumatologii, neurologii dziecięcej, hematologii, nefrologii | |  | | Wynagrodzenie za 1 konsultację | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| 15 | | | III.15. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu – koordynowanie pracą zespołu techników w Zakładzie Rehabilitacji wraz z konsultacją | |  | | Wynagrodzenie –stawka za 1 godzinę | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 16 | | | III.16. Świadczenie usług psychologicznych - konsultacje w lokalizacji Szpitala w Wejherowie | |  | | Wynagrodzenie - stawka za 1 konsultację | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 17 | III.17. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego – Pracownia Mammografi | | | | |  | Opis 1 badania mammografii | | | | | | 1 - USG piersi z opisem | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | |

Uwaga:

1. Ceną oferty dla zakresu III.1., III.9., III.12.,jest suma: stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach ordynacji plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru zwykłego plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru świątecznego.
2. Ceną oferty dla zakresu III.2. jest: stawka miesięcznego ryczałtu
3. Ceną oferty dla zakresu III.3 jest : % wartości wykonanego świadczenia i udzielonej porady wg wyceny NFZ ( JGP )
4. Ceną oferty dla zakresu III.4 jest: suma stawki za 1 badanie diagnostyczne ( EPS ) i stawki za 1 badanie EPS zakończone ablacją
5. Ceną oferty dla zakresu III.5. jest: stawka za godzinę pracy pomnożona przez 160 h plus kwota miesięcznego ryczałtu za zastępstwo oraz stawka miesięcznego ryczałtu
6. Ceną oferty dla zakresu III. 6. III.11, III.15 .: jest stawka za 1 godzinę świadczenia usług
7. Ceną oferty dla zakresu III.7.jest stawka jest: stawka za poradę onkologiczną w tym DiLO, za poradę związaną z chemioterapią, stawka za procedury zabiegowe (chirurgiczne), stawka za biopsję i stawka za konsultację
8. Ceną oferty dla zakresu III. 8.jest: % wartości wykonanego świadczenia wg wyceny NFZ ( JGP )
9. Ceną oferty dla zakresu III.10. jest stawka : za 1 badanie ENG, próba miastemiczna,próba tężyczkowa ,EMG mięsień
10. Ceną oferty dla zakresu III. 13, jest stawka za 1 diagnostykę, konsultację i ICH ,oraz za 1 ocenę cytologiczną z konsultacją
11. Ceną oferty dla zakresu III.14. III.16., jest: stawka za 1 konsultację

**12.** Ceną oferty dla zakresu III.17. jest: stawka za 1 opis badania mammograficznego, 1 USG piersi z opisem

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – wykaz w załączeniu\*.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
8. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
9. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie sp. z o.o. w Gdyni świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie w Gdyni umowy za porozumieniem stron.
13. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | .………………………….. |
| Miejscowość, data | Podpis oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*\*- wraz z pieczątką |

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** | | |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** | | |
| PROFESOR | 5 pkt |  |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 4 pkt |  |
| DOKTOR N. MED. | 3 pkt |  |
|  | | |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** | | |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach\*\* – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.** | | | |
| brak | 0 pkt | |  |
| do 2 lat | 1 pkt | |  |
| powyżej 2 do 4 lat | 2 pkt | |  |
| powyżej 4 lat do 8 lat | 3 pkt | |  |
| powyżej 8 | 4 pkt | |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | | **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** | | | | **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU w RAMACH NORMALNEJ ORDYNACJI, GDY OFERTA ZAWIERA ORDYNACJĘ LUB W RAMACH POZOSTAŁYCH GODZIN DYSPOZYCYJNOŚCI, GDY OFERT NIE ZAWIERA ORDYNACJI:)** | | | | Do 128 | 0 pkt |  | | 129-140 | 1 pkt |  | | 141-160 | 3 pkt |  | | Powyżej 160 | 2 pkt |  |   **Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.** | | | |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* |  | | |
|  | ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) | | |

**OŚWIADCZENIE**

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: [b.swierczynska@ceynowa](mailto:b.swierczynska@ceynowa)hosp.com.pl lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu lekarskiego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy b.swierczynska@ceynowa,com.pl lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

(data, czytelny podpis)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

…………..................................................

(data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\* )

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę