

Dokumenty
wymagane przy kierowaniu do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego przy
Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r.

1. Wniosek o wydanie skierowania (**Załącznik nr 1**).
2. Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie (**Załącznik nr 2**).
3. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (**Załącznik nr 3**).
4. Zgoda na ponoszenie odpłatności za pobyt. (**Załącznik nr 4**).
5. Zgoda na przechowywanie i gromadzenie danych osobowych. (**Załącznik nr 5**).
6. Zobowiązanie do wypisu z Zakładu po upływie terminu pobytu (**Załącznik nr 6**).
7. Orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
Kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego / kuratora (kiedy dotyczy).
8. Karty informacyjne z pobytu w szpitalu z okresu ostatniego roku.

Jeżeli dostępne (w szczególności w przypadku pacjentów kierowanych ze szpitala):

9. Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywiania wg NRS 2002 (**Załącznik nr 7**).
10. Karta oceny świadczeniobiorcy przebywającego w ZOL – ocena wg Skali Glasgow (**Załącznik nr 8**).
11. Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego. (**Załącznik nr 9**).
12. Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych.
/tylko do ZOL dla Wentylowanych Mechanicznie/ (**Załącznik nr 10**).
13. Karta oceny świadczeniobiorcy wg Skali Barthel (**Załącznik nr 15**).
14. Dane o lekarzu i pielęgniarce POZ (**Załącznik nr 17**).
15. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu, w szczególności:
 - kserokopia aktualnej decyzji o waloryzacji renty lub emerytury
 - kserokopia aktualnej decyzji o zasiłku stałym wyrównawczym,
 - kserokopia aktualnej decyzji o rencie socjalnej,
 - zaświadczenie o zatrudnieniu i wysokości dochodu,
 - inne dochody.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
25 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755)

Załącznik nr 1

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ karmienie przez gastronomię lub zgłębnik.....
- ☐ karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
- ☐ zakładanie zgłębnika.....
- ☐ inne niewymienione.....

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
- ☐ inne niewymienione.....

c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ cewnik
- ☐ inne niewymienione.....

d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ pielęgnacja stomii.....
- ☐ wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- ☐ inne niewymienione.....

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- ☐ z zaawansowaną osteoporozą.....
- ☐ którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
- ☐ inne niewymienione.....

f) rany przewlekłe

- ☐ odleżyny.....
- ☐ rany cukrzycowe.....
- ☐ inne niewymienione.....

g) oddychanie wspomagane.....

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*.....

i) inne.....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu
opiekuńczo-leczniczego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 220, poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r., poz. 866, oraz z 2022 poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO***

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i Nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (Choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie)*

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

*Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

Załącznik nr 4

Gorzów Wlkp.,

.....

.....

.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie i potrącanie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) mojego podopiecznego

.....

.....
(czytelny podpis osoby kierowanej do zakładu lub jej
przedstawiciela ustawowego)

Załącznik nr 5

Gorzów Wlkp.,

.....

.....

.....

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

.....
(czytelny podpis osoby kierowanej do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)

Gorzów Wlkp.,

.....

.....

.....

tel.

Z O B O W I Ą Z A N I E

Oświadczam, że zobowiązuję się po upływie terminu pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznym przy Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, do **wypisania** z w/w Zakładu.

Pana (ia)

.....

(czytelny podpis)

Imię i nazwisko Nr historii choroby

PESEL Data urodzenia

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale Intensywnej Terapii
Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień			

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM – OCENA WEDŁUG SKALI GLASGOW ¹⁾

Nazwisko i imię świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

Lp.	Czynność	Wynik
1.	Otwieranie oczu: 4 - punkty – spontaniczne 3 - punkty – na polecenie 2 - punkty – na bodźce bólowe 1 - punkt – nie otwiera oczu	/4
2.	Kontakt słowny: 5 - punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby 4 - punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany 3 - punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 - punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 - punkt – bez reakcji	/5
3.	Reakcja ruchowa: 6- punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych 5 - punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy 4- punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego 3- punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) 2- punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) 1- punkt – bez reakcji	/6
	Suma punktów GCS	/15

.....
data, pieczęć, podpis lekarza
dokonującego oceny

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6). Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13–15 – łagodne
- GCS 9–12 – umiarkowane
- GCS 6–8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

¹⁾ Karta opracowana na podstawie załącznik nr 6 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 55/2022/DSOZ z dnia 25 kwietnia 2022 r.

Załącznik nr 9

Załącznik nr 6a do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 kwietnia 2026 r.

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Wiek:			
Data badania: dzień:.....miesiąc: rok:			
Rozpoznanie (wg ICD – 10):			
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	☐ powyżej 10% masy ciała wyjściowej	☐ poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	☐ poniżej normy	☐ norma
	Albumina	☐ poniżej normy	☐ norma
	Cholesterol całkowity	☐ poniżej normy	☐ norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne		☐ nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego		☐ nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	☐ dysfagia ☐ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego ☐ śpiączka niemetaboliczna ☐ inne	
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: ☐ nosowo – żołądkowy, ☐ nosowo – dwunastniczy, ☐ nosowo – jelitowy ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	☐ niedożywienie ☐ okres okołoperacyjny u dorosłych ☐ wyniszczenie (BMI <17) ☐ niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni ☐ BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła ☐ inne	
6.	Dostęp pozajelitowy	☐ żyły obwodowe, ☐ PICC, ☐ żyła centralna ☐ cewnik nietunelizowany, ☐ port ☐ cewnik permanentny, typ cewnika	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	☐ utrzymanie stanu odżywienia, ☐ poprawa stanu odżywienia, ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:	☐ małe, ☐ duże,	
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni	

.....
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Przy wentylacji przez tracheostomię, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
6. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza.
7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie

II. Rozpoznanie:

--

KOD ICD-10

--

III. Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej: *

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

IV. Zalecenia lekarskie:

1.	Do tej pory prowadzono wentylację:		
	TRYB		
	PEEP		
	FiO2		
	Inne parametry		
	Rozmiar rurki tracheotomijnej		
2.	Przyjmowane leki:		
3.	Dieta:		

4.	Rehabilitacja:
5.	Inne zalecenia:

*odpowiednie zaznaczyć

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolity.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

.....
Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

.....
Podpis lekarza anestezjologa, data

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU
OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego
tożsamość**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	Czynność³⁾	Wynik⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	

9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

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

.....
data, imię i nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu
opiekuńczego oraz jego podpis⁶⁾

.....
data, imię i nazwisko i numer prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego
oraz jej podpis⁶⁾

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel".
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³⁾ W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

⁶⁾ Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

LEKARZ RODZINNY

Imię i nazwisko:

Dane spółki:

.....

PIEŁĘGNIARKA ŚRODOWISKOWA

Imię i nazwisko:

Dane spółki:

.....