

Płatnik

[symbol Płatnika (wpisuje IMP)]

pieczęć adresowa Płatnika

NIP

NR TELEFONU

.....
(miejsowość, data)

Instytut Medycyny Pracy
im. prof. dr med. J. Nofera
Zakład Ochrony Radiologicznej
ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8
91-348 ŁÓDŹ
tel./faks 42 63 14 539
e-mail: dozymetria@imp.lodz.pl
www.dozymetria.com

ZLECENIE Nr
(wpisuje IMP)

.....
pełna nazwa i adres Płatnika

Zlecamy Wam prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na działanie promieniowania fotonowego w podległych nam zakładach wyszczególnionych w tabelach 1 i 2 będących integralną częścią zlecenia. Pomiary będą wykonywane wg procedury badawczej ZRZ-PB-02, wyd. 1 z 01.06.2011 r. w celu oceny narażenia zawodowego na jonizujące promieniowanie fotonowe zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności przepisami ustawy – Prawo atomowe.

Niniejsze ZLECENIE obowiązuje od dnia r. przez okres roku/lat (wpisać cyfrę oznaczającą liczbę lat 1, 2, lub maks. 3) i ulega przedłużeniu na dalszy taki sam okres, chyba, że Zleceniodawca przed upływem okresu obowiązywania Zlecenia oświadczy, że ją rozwiązuje. Oświadczenie o rozwiązaniu Zleceniodawca obowiązany jest złożyć w takim terminie, aby doszło do Zleceniobiorcy przed upływem dotychczasowego terminu obowiązywania umowy i nie później niż 21 dni przed rozpoczęciem się kolejnego okresu pomiarowego.

Zleceniobiorca będzie wykonywał pomiary w trzymiesięcznych okresach pomiarowych.

Zlecenie to obejmuje również przypadki wykonania dodatkowych pomiarów osób nowozatrudnionych w podległych nam zakładach.

Za wykonanie przedmiotu umowy Zleceniodawca zapłaci kwotę ustaloną na podstawie ceny jednostkowej zł w roku za każdy wysłany do Zleceniodawcy dozymetr termoluminescencyjny, pomnożoną przez liczbę wysłanych dozymetrów. W każdym następnym roku kalendarzowym objętym umową Zleceniobiorcy przysługuje prawo do zmiany ceny jednostkowej. Zleceniodawca może nie wyrazić zgody na taką zmianę. Brak zgody wymaga formy pisemnej. W takim przypadku brak zgody może uprawniać Zleceniobiorcę do rozwiązania umowy. Po zakończeniu zlecenia Zleceniodawca zobowiązany jest do odesłania wszystkich otrzymanych dozymetrów termoluminescencyjnych do Zleceniobiorcy. Jednocześnie Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za odczyt w trybie pilnym bądź za zagubione dozymetry*.

Należność za wykonane badania będzie płatna przelewem z naszego rachunku bankowego w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury VAT. Jednocześnie przyjmujemy do wiadomości, że rachunki za wykonane badania będą wystawiane dwukrotnie w roku kalendarzowym w rozbiciu za I i II półrocze.

Dodatkowo, w przypadku nieterminowego regulowania należności przez Zleceniodawcę za wykonaną usługę Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do renegotjacji zlecenia oraz zmiany metody pomiaru dawek na metodę równoważną z punktu widzenia oceny narażenia na promieniowanie jonizujące osób objętych dozymetrią.

W przypadku gdy Zleceniodawca odstąpi od umowy w okresie jej obowiązywania wówczas zobowiązany będzie dodatkowo do zapłaty kary umownej w wysokości wartości poniesionych kosztów związanych z wprowadzeniem dozymetrii u Zleceniodawcy (2 x liczba osób objętych dozymetrią x cena dozymetru*).

Ponadto upoważniamy Instytut do wystawiania faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Do spraw nieuregulowanych w ZLECENIU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

Zlecenie niniejsze stanowi skróconą formę umowy. Prosimy o potwierdzenie przyjęcia powyższych warunków wykonania pracy oraz zwrot niniejszego zlecenia na nasz adres.

Zleceniobiorca:

Instytut Medycyny Pracy

Zleceniodawca:

Pieczęć i podpis

* Cena jednostkowa dozymetru termoluminescencyjnego wynosi 100 PLN brutto

TABELA 1: Wykaz wszystkich zakładów podległych Płatnikowi

| Lp. | Numer Rejestracyjny Zakładu (wpisuje IMP) | Nazwa i adres zakładu podległego Płatnikowi | Liczba osób objętych pomiarami | Nr tel.osoby odpowiedzialnej za ochronę radiologiczną w zakładzie |
|-----|---|---|--------------------------------|---|
| | | | | |

Nazwisko i imię oraz nr telefonu osoby odpowiedzialnej za wypełnienie druku

TABELA 2: Wykaz osób pracujących w narażeniu na promieniowanie fotonowe

Pełna nazwa i adres

zakładu:

.....

.....

Typ zakładu:

Numer rejestracyjny zakładu: (wpisuje IMP)

| L.p. | Nazwisko i imię | PESEL | Zawód | Rok rozpoczęcia pracy w narażeniu |
|------|-----------------|-------|-------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |