

.....  
(miejsowość, data)Płatnik .....  
[symbol Płatnika (wpisuje IMP)]

pieczęć adresowa Płatnika

NIP .....

NR TELEFONU .....

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.comZLECENIE 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. Pomiaru będą wykonywane wg procedury badawczej ZRZ-PB-03, wyd. 1 z 02.02.2015 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 odwołuje wszystkie poprzednie zlecenia na prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych wykonywanych przez Instytut Medycyny Pracy. Zlecenie to ulega przedłużeniu na dalszy taki sam okres, chyba, że Zleceniodawca przed upływem okresu obowiązywania Zlecenia oświadczy, że je 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 oczny, pomnożoną przez liczbę wysłanych dozymetrów. Każdy dodatkowy dozymetr w bieżącym okresie pomiarowym będzie wysłany na koszt Zleceniodawcy. 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<sup>\*)</sup>.

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 ocznego wynosi 50 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