

OSO - 272.1.2021

zawarta dnia 18 stycznia 2021 r. pomiędzy:

**Miastem Podkowa Leśna**, ul. Akacyjowa 39/41, 05-807 Podkowa Leśna nr NIP: 529-180-92-80, reprezentowanym przez:

Burmistrza Miasta Podkowa Leśna- Pana Artura Tusińskiego  
zwanym dalej Zleceniodawcą

a

**WAND sp. z o.o.**, z siedzibą 02—665 Warszawa, Aleja Wilanowska 368c/4, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego przy Sądzie dla m. st. Warszawy, Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000114845, NIP 529165376

reprezentowaną przez Pana Przemysława Nejno – Dyrektora,  
zwaną dalej Zleceniobiorcą,

każda z osobna zwana **Stroną** a łącznie **Stronami**

W związku z faktem, iż postępowanie wszczęte zostało w roku 2020 i nie przekraczało ówczesnie równowartości kwoty 30.000 euro (zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (Dz. U. 2019 poz. 1843 z późn. zm.), udzielone zostaje na podstawie regulaminu udzielenia zamówień publicznych wprowadzonego Zarządzeniem nr 1/2020 Burmistrza Miasta Podkowy Leśnej z dnia 3 stycznia 2020 r. r.

Strony zawierają umowę (dalej **Umowa**) o poniższej treści:

§1

1. Przedmiotem Umowy jest świadczenie przez Zleceniobiorcę usług medycznych z zakresu medycyny pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na rzecz osób skierowanych przez Urząd Miasta Podkowa Leśna, zwanych dalej Pracownikiem/Pracownikami.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania usług medycznych opisanych w ust. 1 w: Przychodni Amedica, ul. Główna 104, 05-806 Granica.
3. Szczegółowy wykaz badań i świadczeń, które będą wykonywane w ramach Umowy wraz z cennikiem zawiera załącznik nr 1 do Umowy.


## §2

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności zawodowej stanowi załącznik nr 2 do Umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w załączniku nr 1 do Umowy, przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach przewidzianych w obowiązujących przepisach prawa, z należytą starannością wymaganą od profesjonalisty.
3. Zleceniobiorca zapewnia odpowiednią kadrę medyczną, własny sprzęt, materiały itd. niezbędne do realizacji Umowy.

## §3

1. Usługi medyczne, określone w załączniku nr 1, będą udzielane przez Zleceniobiorcę na podstawie skierowań wystawionych przez Zleceniodawcę: Urząd Miasta Podkowa Leśna, z którym Pracownik będzie zgłaszał się do Zleceniobiorcy:
  - w przypadku badań okresowych - w terminie do dwóch tygodni od dnia otrzymania skierowania od Zleceniodawcy,
  - w przypadku badań wstępnych i kontrolnych - w terminie tygodnia od dnia otrzymania skierowania od Zleceniodawcy.
2. Pozytywne orzeczenie lekarskie wydane zostanie Pracownikowi w 2 egzemplarzach. W przypadku wydania negatywnego orzeczenia lekarskiego oryginał orzeczenia przekazywany jest niezwłocznie i bezpośrednio do Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z udzielanymi świadczeniami na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.
4. Wzór skierowania pracownika na badania stanowi załącznik nr 3 do Umowy.

## § 4

1. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty Zleceniobiorcy należności z tytułu należycie wykonanych świadczeń medycznych, udzielonych skierowanym przez Zleceniodawcę Pracownikom, według ilości i zakresu udzielonych świadczeń, zgodnie z cenami określonym w załączniku nr 4 do Umowy.
  2. Podstawą do wystawienia rachunku jest zaakceptowany przez Zleceniodawcę, wykaz otrzymanych skierowań i wykonanych na ich podstawie usług medycznych, który będzie przesyłany przez Zleceniobiorcę na adres Zleceniodawcy wskazany w
- 



komparycji Umowy lub mailowo: [urzadmiasta@podkowalesna.pl](mailto:urzadmiasta@podkowalesna.pl), do 15 – tego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym były udzielane świadczenia medyczne objęte Umową.

3. Ceny opisane w załączniku nr 4 do Umowy nie ulegną zmianie przez okres jej obowiązywania i pokrywają wszelkie koszty związane z wykonywaniem przez Zleceniobiorcę Umowy.
4. Strony zgodnie ustalają, że ryczałtowa wartość świadczeń medycznych wykonywanych w ramach Umowy nie może przekroczyć kwoty 5.000 zł brutto.

#### §5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty należności w terminie 14 dni od otrzymania od Zleceniobiorcy prawidłowo wystawionego rachunku na konto bankowe Zleceniobiorcy na nim wskazane.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazywania Zleceniodawcy wraz z rachunkiem wykazu wykonanych świadczeń medycznych z ich przyporządkowaniem do danego Pracownika, któremu zostały one udzielone.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że podany numer rachunku bankowego jest rachunkiem firmowym oraz rachunkiem wskazanym w zgłoszeniu identyfikacyjnym złożonym we właściwym Urzędzie Skarbowym i potwierdzonym przy wykorzystaniu STIR (System Teleinformatyczny Izby Rozliczeniowej).
4. W przypadku, gdy rachunek bankowy wykazany nie spełnia powyższych wymogów, termin płatności faktury VAT ulega przedłużeniu o czas niezbędny do przekazania płatności na właściwy numer rachunku bankowego

#### §6

Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 18.01.2021 r. do dnia 31.12.2021 r.**

#### §7

1. Każdej Strona ma prawo do wypowiedzenia Umowy bez podania przyczyn z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia złożonego na piśmie.
1. Zleceniodawca ma prawo do wypowiedzenia Umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niewykonywania lub nienależytego wykonywania zobowiązań umownych przez Zleceniobiorcę.
2. Zmiany postanowień Umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

4. Załączniki wymienione w niniejszej umowie stanowią jej integralną część.

BURMISTRZ MIASTA

Podkowa Leśna

*Artur Tusiński*  
Artur Tusiński

lek. med. jno  
lek. med. Przemysław Nejno  
Dyrektor Specjalista lego  
Specjalista Zdrowia Publicznego

WAND Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
RP1VDL 00000174621

AMEDICA

al. Albeja Wilanowska 368L U4 02 005 Warszawa  
Dzielnica W. Grzybowska, 05-206 Gracze, ul. Gracze 142  
REGON: 014188673 NIP: 529365254  
Polska Izba Lekarzy POZ WFD  
Tel: 22 724 48 08

MEMBERNIK MIASTA

Podkowa Leśna  
GŁÓWNY KSIĘGOWY BUDŻETU

*Agnieszka Czarna*  
Agnieszka Czarna

RADCA PRAWNY

*Monika Piaszczyńska-Opalińska*  
Monika Piaszczyńska-Opalińska

GŁÓWNY SPECJALISTA

*Zofia Chojnacka*  
Zofia Chojnacka



NARAŻENIA	WIZYTY I ZALECENIA	ZAKRES BADAŃ I CENA	UWAGI!
<b>HAŁAS/ultradźwięki</b>	podwójna wizyta MP -30 minut	1 MP - 150zł 1bad. laryng.- 50zł audiometria - 50zł <b>RAZEM:</b> <b>250zł</b>	
<b>WIBRACJA MIEJSCOWA</b>	1 wizyta MP (musi przyjszcz wynikiem badania: próba oziębieniowa z termometrią skórną i próbą uciskową - wykonuje je ATTIS na Górczewskiej i WOMP al.Wojska Poskiego)	<b>1 MP - 150zł</b>	
<b>WIBRACJA UOGÓLNIONA</b>	1 wizyta MP	<b>1 MP - 150zł</b>	
<b>PRACA PRZY KOMPUPERZE</b>	1 wizyta MP (zabrać okulary)	<b>1 MP - z bad.wzroku 150zł</b>	
<b>WYSOKOŚĆ (do i powyżej 3m)</b>	podwójna wizyta MP - 30min (na czczo min. 4 godz.; zabrać okulary)	1 MP - 150zł bad. wysokościowe (równowaga , wzrok) 120zł glukoza - 10zł <b>RAZEM: 280zł</b>	dawniej pakiet wysokościowy
<b>WYSIŁEK GŁOSOWY (np.nauczyciele)</b>	1 wizyta MP (przybycie 15 min. przed terminem wizyty - test)	1 MP - 150zł ocena wydolności głosu - 30zł <b>RAZEM: 180zł</b>	
<b>Niekorzystne Czynniki Psychospoleczne:</b> - stanowisko decyzyjne - duży dopływ informacji - narażenie życia - monotonia pracy - presja czasu	1 wizyta MP	1 MP - 150zł EKG - 40zł Cholesterol - 10zł <b>RAZEM: 200zł</b>	
- <b>KOPARKI</b> - wózki widłowe - inne maszyny samojezdne poza drogami publicznymi (np. walec drogowy, kosiarka)	podwójna wizyta MP - 30min (na czczo min. 4 godz.; jeśli posiada to musi zabrać okulary)	1 MP - 150zł bad. równowagi i wzroku - 150zł glukoza 10zł <b>RAZEM: 310zł</b>	
<b>Prace wymagające sprawności psychoruchowej</b>	1 wizyta MP Psychotesty	1 MP - 150zł psychotesty - 120zł <b>RAZEM: 270zł</b>	



<b>SAMOCHÓD SŁUŻBOWY</b> * kat B	podwójna wizyta MP - 30min (na czczo min. 4 godz.; jeśli posiada to musi zabrać okulary)	1 MP - 150zł WZiRO+bad. wzroku- 100zł glukoza 10zł <b>W</b> <b>PAKIECIE:</b> <b>260zł</b>	
<b>Badanie kierowcy ze skierowaniem:</b> <b>Kat. B, C, D, + E</b> <b>TAXI, zarobkowy</b> <b>przewóz osób i</b> <b>towarów, &gt;3,5 tony; -</b> <b>instruktor jazdy,</b> <b>egzaminator</b> <b>- tzw. Transport</b> <b>Drogowy</b> <b>(świadectwo</b> <b>kwalifikacji)</b>	podwójna wizyta MP - 30min (na czczo min. 4 godz.; jeśli posiada to musi zabrać okulary)	1 MP - 150zł WZiRO+bad. wzroku- 100zł glukoza 10zł <b>W</b> <b>PAKIECIE:</b> <b>260zł</b>	

<b>NARAŻENIA</b>	<b>WIZYTY I ZALECENIA</b>	<b>ZAKRES BADAŃ I CENA</b>	<b>UWAGI!</b>
<b>Badania do PRAWA JAZDY</b> * <b>KAT A, B, T + E</b>	Podwójna wizyta MP - 30 minut 1 wizyta MP (na czczo min. 4 godz.; jeśli posiada to musi zabrać okulary) (przybycie 15 min. przed terminem wizyty - test)	1 MP + bad. wzroku i równowagi 100zł + glukoza 10zł <b>W PAKIECIE:</b> <b>210zł</b>	<b>UWAGA!</b> <b>PRAWO JAZDY!</b> - jeśli ze względu na stan zdrowia wymagane dodatkowe konsultacje płatne osobno -120zł (diabetolog, kardiolog, neurolog, okulista , laryngolog itp.
<b>Badania do PRAWA JAZDY</b> - <b>KAT C, D, +E</b> - <b>pojazdy uprzywilejowane</b>	Podwójna wizyta MP - 30min (na czczo min. 4 godz.; jeśli posiada to musi zabrać okulary) (przybycie 15 min. przed terminem wizyty - test)	1 MP +WZiRO + bad. wzroku i równowagi 100zł + glukoza 10zł <b>W PAKIECIE: 210</b> <b>zł</b>  <b>JEŻELI NIE MA</b> <b>PSYCHOTESTÓW</b> + <b>120 ZŁ. =330 ZŁ.</b>	Uwaga! <b>PRAWO JAZDY!</b> Jeśli ma aktualne <b>PSYCHOTESTY</b> z wpisem o widzeniu zmierzchowym i wrażliwości na ośnienie (WZiRO) lub jeśli ma wynik WZiRO to 1 wizyta MP
<b>PYŁY nieorganiczne z</b> <b>krzemionka, węgla, grafit,</b> <b>azbest, talk, metale twarde,</b> <b>tworzywa sztuczne,</b> <b>PYŁY ORGANICZNE</b> <b>(w tym pył mąki i drewna)</b>	1 wizyta MP	1 MP- 150zł spirometria -60zł RTG klatki piersiowej - 80zł - badania wstępne i okresowe do	



		decyzji lekarza <b>RAZEM: 290zł</b>	
<b>PROMIENIOWANIE JONIZUJĄCE</b>	1 wizyta MP kons. okulistyczna + DNO OKA (przychodzi najpierw po skierowanie na bad. laborat. - na czczo) (zabrać własne okulary, zakaz kierowania pojazdem po badaniu okulistycznym do 5 godz)	1 MP - 150zł okulista+dno oka - 150zł *plus koszt badań laboratoryjnych: • morfologia krwi z rozmazem - 40zł • retikulocyty - 20zł <b>RAZEM: 360zł</b>	
<b>Promieniowanie ELEKTROMAGNETYCZNE</b>	1 wizyta MP	1 MP - 150ZŁ EKG - 40ZŁ *plus koszt badań laboratoryjnych: • morfologia krwi - 20zł <b>RAZEM: 210 ZŁ</b>	
<b>PROMIENIOWANIE NADFIOLETOWE (UV)</b>	1 wizyta MP KONS. OKULISTYCZNA (zabrać własne okulary)	1 MP - 150zł kons. okulistyczna -150zł <b>RAZEM: 300zł</b>	

<b>NARAŻENIA</b>	<b>WIZYTY I ZALECENIA</b>	<b>ZAKRES BADAŃ I CENA</b>	<b>UWAGI!</b>
<b>PROMIENIOWANIE PODCZERWONE (IR)</b>	1 wizyta MP KONS. OKULISTYCZNA + DNO OKA (zabrać własne okulary, zakaz kierowania pojazdem po badaniu okulistycznym do 5 godz.)	1 MP - 150zł kons. okulistyczna + dno oka -150zł <b>RAZEM: 300zł</b>	
<b>LASEROWE</b>	1 wizyta MP KONS. OKULISTYCZNA + DNO OKA (zabrać własne okulary, zakaz kierowania pojazdem po badaniu okulistycznym do 5 godz.)	1 MP - 150zł kons. okulistyczna + dno oka -150zł <b>RAZEM: 300zł</b>	



<b>MIKROKLIMAT GORĄCY LUB ZIMNY</b>	1 wizyta MP (przychodzi najpierw po skierowanie na bad. laborat. - na czczo)	1 MP - 150zł EKG - 40zł spirometria - 60zł *PLUS koszt BAD. LABORAT: - krew 20zł - glukoza 20zł - kreatynina 20zł- mocz badanie ogólne 20zł <b>RAZEM: 330zł</b>	
<b>Tlenek Węgla</b>	1 wizyta MP (przychodzi najpierw po skierowanie na bad. laborat. - na czczo)	1 MP - 150zł EKG - 40zł *PLUS + koszt morfologii 20zł <b>RAZEM: 210zł</b>	
<b>Dwutlenek Węgla</b>	1 wizyta MP	1 MP - 150zł EKG - 40zł <b>RAZEM: 190zł</b>	
<b>Rozpuszczalniki Organiczne</b>	1 wizyta MP (przychodzi najpierw po skierowanie na bad. laborat. - na czczo)	1 MP - 150zł *PLUS + koszt bad. laborat: - morfolog krwi 20zł- AST 20 ZŁ. - ALT 20 ZŁ. - GGTP 20zł <b>RAZEM: 230 zł</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prace w wymuszonej pozycji</li> <li>• prace zmianowe w tym nocna</li> <li>• ruchy monotypowe kończyn</li> </ul>	1 wizyta MP	1 MP - 150zł	
<b>Prątki gruźlicy</b>	1 wizyta MP	1MP - 150zł plus + RTG kl.piersiowej - 80zł bad. laborat. ze wskazania lekarza <b>RAZEM: 230zł</b>	

<b>NARAŻENIA</b>	<b>WIZYTY I ZALECENIA</b>	<b>ZAKRES BADAŃ I CENA</b>	<b>UWAGI!</b>
------------------	---------------------------	----------------------------	---------------



<p><b>Czynniki biologiczne:</b></p> <p><b>*wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)</b></p> <p><b>*wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)</b></p> <p><b>*HIV</b></p>	<p>1 wizyta MP (przychodzi najpierw po skierowanie na bad. laborat. - (na czczo - dla AST i ALT)</p>	<p>1 MP - 150zł PLUS + koszt bad laborat:</p> <p>- ALT 20 ZŁ., AST 20 ZŁ- p.ciała anty HBc total 75ZŁ.= 170 ZŁ.</p> <p>- ALT 20 ZŁ. AST 20 ZŁ HCV PRZECIW.70 ZŁ. = 110 ZŁ.</p> <p>- p.ciała anty- HIV – Hiv /ag/b combo = 40zł.</p>	
<p><b>Borrelia</b></p>	<p>1 wizyta MP</p>	<p>1 MP - 150zł PLUS + koszt. bad. Przeciwciała borelioza igg, igm120 zł. /borellia burgdorferia (decyzja lekarza) <b>RAZEM: 270 ZŁ.</b></p>	
<p><b>BADANIA SANITARNO EPIDEMIOLOGICZNE (BADANIE S-E)</b></p>	<p>1 wizyta MP</p>	<p>ORZECZENIE SE- 100zł + plus : NOSICIELSTWO SSX3 – 150 ZŁ. RTG kl. Piersiowej 80zł - do decyzji lekarza MP; <b>RAZEM: 330zł</b></p>	

**DODATKOWE INFORMACJE**

- \* ORZECZENIE BEZ NARAŻEŃ - 150ZŁ
- \* ORZECZENIE SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNE - 100ZŁ
- \* PSYCHOTECHNIKA - 120ZŁ
- \* BADANIA LABORATORYJNE ZGODNIE Z CENNIKIEM
- \* SPIROMETRIA - 60ZŁ
- \* EKG - 40 ZŁ
- \* GLUKOZA/CHOLESTEROL Z PALCA - 10ZŁ
- \* DODATKOWA KONSULTACJA SPECJALISTYCZNA - 150ZŁ





## Załącznik nr 1 do umowy Nr 7.75023.2021

Lp.	Nazwa stanowiska	Występujące uciążliwości i zagrożenia	
1	<b>Kadra Kierownicza – stanowisko decyzyjne (Burmistrz, sekretarz, kierownicy referatów oraz pracownicy posiadający upoważnienie do wystawiania decyzji administracyjnych)</b>	-praca przy komputerze powyżej 4h -stres -stanowisko decyzyjne -wymuszona pozycja ciała	- EKG - cholesterol - badanie ogólne - lekarz medycyny pracy - inne w zależności od zaleceń: np. RTG
2	<b>Pracownik administracyjno - biurowy</b>	-praca przy komputerze powyżej 4h -wymuszona pozycja ciała	- badanie ogólne - lekarz medycyny pracy - inne w zależności od zaleceń: np. RTG
3	<b>Pracownik fizyczny</b>	-brak czynników szkodliwych	- badanie ogólne (lekarz medycyny pracy) - inne w zależności od zaleceń: np. RTG
4	<b>Pracownik fizyczny</b>	- powyżej 3 m	- badanie wysokościowe (równowaga, wzrok) - glukoza - badanie ogólne -lekarz medycyny pracy - inne w zależności od zaleceń:
5	<b>Badanie kontrolne</b>	- zwolnienie powyżej 30 dni	konsultacja lekarska (lekarz medycyny pracy) i wydanie zaświadczenia o zdolności do pracy
6	<b>Książeczka sanitarno-epidemiologiczna</b>	- wpis	
7	<b>Wyrobienie książeczki sanitarno-epidemiologicznej</b>	- wyrobienie książeczki	





.....  
(oznaczenie pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**  
**(wstępne/okresowe/kontrolne\*)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią\* ).....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\* ).....

zamieszkałego/zamieszkałą\* ).....  
(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\* ) lub podejmującego/podejmującą\* ) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....  
określenie stanowiska/stanowisk\* ) pracy\*\*\*): .....

.....  
Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*):

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III.....  
zynniki chemiczne:

IV.....  
zynniki biologiczne:

V.....  
ne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....  
(podpis pracodawcy)

Objaśnienia:

- \*) Niepotrzebne skreślić.
- \*\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.
- \*\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.
- \*\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:
  - 1) wydane na podstawie:
    - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
    - b) art. 222<sup>1</sup> § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
    - c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
    - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
    - e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
  - 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. nr 69, poz. 332, z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.