

Sygn. akt VII U 443/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 grudnia 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Marcin Winczewski

Protokolant: st. sekr. sądowy Dorota Flemming

po rozpoznaniu w dniu 29 grudnia 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy A. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

przy udziale zainteresowanego (...) Spółka z o.o. w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania A. K.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 17 marca 2016 r. nr (...)

1. zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych sześciu miesięcy od daty wyczerpania uprzednio przyznanego świadczenia;
2. zasądza od pozwanego organu na rzecz zainteresowanej spółki kwotę 360 zł (trzysta sześćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 443/16

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 17 marca 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił A. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 26 lutego 2016 r. orzekła, że stan jej zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła A. K., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazała, że leczy się u specjalistów psychiatri i neurologa, nie wie nawet natomiast, jacy specjaliści znajdowali się w składzie komisji lekarskiej. Lekarz orzecznik wskazał przy tym, że jest ona niezdolna do pracy aż do dnia 28 lutego 2017 r. Nie może się schylać, ma problemy z chodzeniem, schylaniem się, a siedzenie jest bardzo bolesne. W czerwcu 2015 r. zdiagnozowano u niej depresję umiarkowaną, a od 2003 r. uczestniczy w terapii osób współzależnych z uwagi na alkoholizm ojca i męża.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem w toku rozprawy z dnia 29 listopada 2016 r. (k. 63) zawiadomiono o toczącym się postępowaniu (...) sp. z o.o. w B.. Spółka ta pismem z dnia 19 grudnia 2016 r. (k. 73-75) przystąpiła do sprawy w charakterze zainteresowanej, wnosząc o zmianę zaskarżonej decyzji i przyznanie ubezpieczonej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd ustalił, co następuje:

A. K., będąc pracownikiem (...) sp. z o.o. w B., na stanowisku Kierownika D. Ekonomicznego, korzystała z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 2 sierpnia 2015 r. Następnie przyznawano jej świadczenie rehabilitacyjne, łącznie przez 6 miesięcy, w okresie od 3 sierpnia 2015 r. do 29 stycznia 2016 r.

(okoliczności bezsporne)

W związku z wnioskiem ubezpieczonej o dalsze świadczenie rehabilitacyjne, lekarz orzecznik w dniu 5 lutego 2016 r. orzekł o braku okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, stwierdzając że jest ona częściowo niezdolna do pracy do dnia 28 lutego 2017 r., a niezdolność ta powstała przed dniem 1 stycznia 2016 r. Komisja lekarska ZUS w dniu 8 kwietnia 2016 r. potwierdziła brak okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, uznając jednakże, że nie jest ona niezdolna do pracy. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił A. K. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – k. 11 akt ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 12, 14 akt ZUS; decyzja z dnia 17 marca 2016 r. – k. 15 akt ZUS)

U ubezpieczonej występują: rwa kulszowa prawostronna, podrażnieniowa; zaburzenia depresyjne; dyskopatia L5-S1 z tyłozmykiem i ograniczeniem funkcji kręgosłupa.

A. K. leczy się przewlekle u psychiatry od 2015 r., z uwagi na zaburzenia depresyjno-lękowe, zespół depresyjny umiarkowany. Od 2003 r. uczestniczyła w terapii dla osób współzależniowych, w związku z alkoholizmem męża i ojca. W badaniu przedmiotowym: świadomość jasna; orientacja auto i allopsychiczna pełna; nastrój ponuro przygnębiony, z odcieniem dysforycznym; napęd psychomotoryczny wyrównany; afekt blady, słabo modulowany, drażliwy; uogólnione lęki, bezradność, bezsilność, przytłoczenie codziennością i osamotnieniem; lęki związane z brakiem bezpieczeństwa, zagrożeniem kolejną operacją chirurgiczną; w wymiarze poznawczym negatywne oczekiwania, poczucie beznadziejności, skrzywdzenia, opuszczenia; negatywna interpretacja doświadczeń; poczucie braku wyjścia z sytuacji; trudności w koncentracji, dłuższym utrzymywaniu i selektywności uwagi, spowodowane napięciem emocjonalnym; pamięć sprawna, bez uchwytnych aktualnie zaburzeń jakościowych; intelekt w ocenie orientacyjnej sprawny, na przeciętnym poziomie; osobowość zwarta, bez cech rozpadu struktury, o organizacji neurotycznej; cechy zaburzeń typu bierno-zależnego; liczne nieprawidłowe mechanizmy obronne; obniżona tolerancja stresu i frustracji; poczucie wypalenia sił; okresowo myśli rezygnacyjne. Bóle kręgosłupa L-S o charakterze rozrywającym, z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej oraz bóle szyjne; uczucie drętwienia obu ud i rąk; objawy nasilające się podczas siedzenia i wstawania; chód prawidłowy; próba Romberga ujemna; zborność dobra; oczopląs nieobecny; nerwy czaszkowe bez zmian; bez niedowładów; napięcie mięśniowe w kończynach prawidłowe; odruchy kończyn górnych i dolnych symetryczne i prawidłowe; bez objawu Babińskiego; objawy rozciągowe po stronie lewej ujemne; po stronie prawej objaw Laseque `a od 70#; objawy oponowe ujemne. Była zakwalifikowana do leczenia operacyjnego kręgosłupa w dniu 24 sierpnia 2016., jednakże z uwagi na brak ubezpieczenia zdrowotnego operację odwołano. W NMR kręgosłupa L-S z dnia 26 marca 2015 r. zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne l5-S1, z przyleganiem do korzeni, z tyłozmykiem L5 oraz torbiele okołokorzeniowe otworów mk. Th12-S1.

Występujące zmiany chorobowe stanowią przeciwwskazanie do wykonywania długotrwałej pracy w pozycji wymuszonej oraz wymagającej pełnej sprawności psychofizycznej. Problemy natury psychicznej stanowią przyczynę ograniczeń w zakresie zatrudnienia związanego z wysokimi wymaganiami dotyczącymi tempa pracy, ciągłej dyspozycyjności, i bieżącej, systematycznej oceny. Wymaga dalszego leczenia w celu zapewnienia efektywnej, długotrwałej poprawy.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, stan zdrowia na moment badania u biegłych, nie osiągnięto poprawy funkcjonowania. Przebieg zaburzeń ma charakter przewlekły, w czasie ulegało natomiast zmianie nasilenie poszczególnych objawów. A. K. na dzień 30 stycznia 2016 r., a więc po wykorzystaniu pełnego okresu zasiłkowego i 6-miesięcznego świadczenia rehabilitacyjnego, była nadal niezdolna do pracy (regularnego jej wykonywania w celu osiągnięcia wynagrodzenia), a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy w okresie do 28 lutego 2017 r.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 17 czerwca 2016 r. – k. 39-40 wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym; dokumentacja lekarska – k. 5-26, 41 oraz akta ZUS; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 81-81v)

Ubezpieczona ma 50 lat, posiada wykształcenie wyższe – licencjat z ekonomii. Ostatnio była zatrudniona na stanowisku (...) sp. z o.o. w B..

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 81-81v)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii zespołu biegłych sądowych wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym oraz przesłuchania ubezpieczonej.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzony dowód z opinii zespołu biegłych sądowych jest w pełni przydatny dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swą opinię po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim dokonali badania przedmiotowego. Wnioski opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowisko zostało szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny (psychiatria, psychologia, neurologia), które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne, tym bardziej, że nie została ona zakwestionowana przez strony procesu (k. 53, 73-75, 81).

Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niezupełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009 r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona

winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności strony w toku postępowania nie przedstawiły, zgadzając się z konkluzją przedstawioną w opinii zespołu biegłych sądowych.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex nr 52795). Opinia zespołu biegłych sądowych była jasna, logiczna, spójna i wyjaśniała wszelkie pojawiające się wątpliwości natury medycznej w sprawie. Kolejne dowody z opinii biegłych prowadziłyby więc wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych i przewłoki postępowania.

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2016 r., poz. 372 ze zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Tak więc, aby konkretnemu ubezpieczonemu mogło zostać przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, muszą wystąpić trzy pozytywne przesłanki: 1) wyczerpanie prawa do zasiłku chorobowego, 2) dalsza niezdolność do pracy i 3) rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej.

Należy podkreślić, iż stan faktyczny sprawy, w zakresie koniecznym do jej rozstrzygnięcia nie był ostatecznie pomiędzy stronami sporny, albowiem pozwany nie kwestionował po wydaniu opinii zespołu biegłych sądowych, iż A. K. po wyczerpaniu okresu zasiłkowego i 6-miesięcznym okresie świadczenia rehabilitacyjnego nadal, po dniu 29 stycznia 2016 r., pozostaje niezdolna do pracy w okresie do dnia 28 lutego 2017 r. (tak zresztą orzekł już lekarz orzecznik w dniu 5 lutego 2016 r. – k. 12 akt ZUS), a w stanie jego zdrowia istnieją rokowania co do odzyskania zdolności do pracy, choć dopiero po tej dacie. Kluczowym w tym aspekcie pozostaje, iż organ podtrzymał swe stanowisko co do odmowy ubezpieczonej prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego (k. 53), interpretując przepis art. 18 ustawy zasiłkowej w ten sposób, że rokowania powrotu do zdrowia chorego muszą istnieć w terminie 12 miesięcy od daty zakończenia okresu zasiłkowego, co rzeczywiście w przypadku A. K. nie miało miejsca. Takie rozumienie rzeczony normy uznać trzeba jednakże za wadliwe, a fakt rokowań powrotu do zdrowia w okresie dłuższym od roku nie stanowi podstawy do odmowy przyznania prawa do świadczenia właśnie na okres wskazany w ustępie 2 artykułu 18 ustawy zasiłkowej.

Należy podkreślić, iż rzeczywiste przesłanką przysługiwania świadczenia rehabilitacyjnego jest ustalenie, że dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy, jednakże wbrew stanowisku organu, bez konieczności stwierdzenia, że nastąpi to w terminie 12 miesięcy od wyczerpania zasiłku chorobowego. Kwestią tą, w ostatnim czasie zajmował się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 2 lutego 2016 r. (III UZP 16/15, Lex nr 1965421), wskazując w jej uzasadnieniu „Oceniany z uwzględnieniem reguł wykładni gramatycznej art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej wymaga zatem, aby po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego, to znaczy po upływie maksymalnego terminu jego pobierania, nadal (czyli bez przerwy, ciągle) występowała niezdolność do pracy oraz żeby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w następstwie kontynuowanego procesu leczenia lub rehabilitacji

lecniczej, ale równocześnie nie określa terminu, w którym ma nastąpić odzyskanie zdolności do pracy. Dla uznania, że warunek ten jest spełniony, wystarcza więc jedynie to, aby istniały rokowania odzyskania zdolności do pracy w wyniku dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej. Rokować zaś w znaczeniu językowym to: spodziewać się czegoś po czymś, przepowiadać, prorokować, stanowić zapowiedź czegoś, czyli przewidywać, że będące przedmiotem "rokowania" zdarzenie nastąpi. Termin 12 miesięcy, a właściwie nie dłuższy niż 12 miesięcy, wyznacza natomiast art. 18 ust. 2 ustawy, który jednak, co również wynika z jego wykładni gramatycznej, nie jest przepisem określającym warunki (jeden z warunków) nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, lecz przepisem wyznaczającym jedynie maksymalny termin wypłaty tego świadczenia. Na taki sposób rozumienia art. 18 ust. 2 wskazuje użyta w nim formuła: "przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy", która oznacza tylko tyle, że co do zasady świadczenie rehabilitacyjne może być wypłacane wyłącznie przez taki okres dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, który pozwoli na ograniczenie skutków choroby w stopniu umożliwiającym uznanie, że zdolność do pracy została przywrócona. Okres ten nie może wszakże trwać dłużej niż 12 miesięcy od zakończenia okresu pobierania zasiłku chorobowego. Zdaniem Sądu Najwyższego, już tylko z wyżej wskazanych przyczyn nie jest więc trafna prezentowana w orzecznictwie sądów powszechnych koncepcja, w myśl której przysługiwanie świadczenia rehabilitacyjnego przez okres 12 miesięcy powoduje, że rokowanie odzyskania zdolności do pracy musi zamknąć się również w tym okresie, co ma wynikać z celu tego świadczenia, nieprzewidzianego dla długotrwałej niezdolności do pracy. W sposób nieuprawniony koncepcja ta kreuje bowiem dodatkowy warunek nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, niewynikający z określającego te warunki art. 18 ust. 1, lecz z art. 18 ust. 2, który – co wyżej zostało podniesione – nie określa owych warunków i dotyczy tylko okresu, przez który świadczenie jest wypłacane. (...) Warunkiem przyznania i wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego jest więc dalsze trwanie czasowej niezdolności do pracy przy braku (jeszcze) przesłanek uzasadniających stwierdzenie utrwalonej niezdolności do pracy. Ustawodawca nie wymaga przy tym, aby czasowa niezdolność do pracy ustała w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy. Wymaga natomiast rokowania (przewidywania), przy uwzględnieniu aktualnych wskazań wiedzy medycznej, że może ona ustać i nie ma pewności, że przekształci się z czasowej w utrwaloną niezdolność do pracy, której wystąpienie nakazywałoby rozważyć uprawnienie do renty z tytułu niezdolności do pracy. Równocześnie ustawodawca gwarantuje wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego tak długo, jak długo będzie trwać czasowa niezdolność do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Celem świadczenia rehabilitacyjnego nie jest zatem to, że nie przewidziano go dla długotrwałej niezdolności do pracy. Jest nim dokończenie procesu leczenia i rehabilitacji leczniczej oraz dostarczenie środków utrzymania stanowiących zabezpieczenie materialne ubezpieczonego, który z powodu choroby jest nadal niezdolny do pracy i nie może odzyskać zdolności do pracy mimo wyczerpania prawa do zasiłku chorobowego, ale można przewidywać, że owa niezdolność do pracy nie przekształci się w utrwaloną, stanowiącą spełnienie innego ryzyka ubezpieczeniowego, uzasadniającego ubieganie się o prawo do renty z tego tytułu. Kierując się przedstawionymi motywami, Sąd Najwyższy uznaje, że wykładnia art. 18 ustawy zasiłkowej dokonana z uwzględnieniem reguł gramatycznych, systemowych i funkcjonalnych prowadzi do wniosku, iż nabycie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego nie jest uzależnione od ustalenia, że osoba ubiegająca się o to świadczenie rokuje odzyskanie zdolności do pracy w terminie 12 miesięcy."

Podzielając w pełni poglądy przedstawione w cytowanym orzeczeniu Sądu Najwyższego należy dojść do przekonania, iż A. K. spełniała wszystkie przesłanki przyznania jej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, za żądany przez nią okres dalszych 6 miesięcy, po wyczerpaniu uprzednio przyznanego świadczenia (por. wyrok SO w Bydgoszczy z dnia 14 kwietnia 2016 r., VI Ua 5/16). Niewątpliwie bowiem wykorzystywała pełny okres zasiłkowy, była nadal niezdolna do pracy po wykorzystaniu przyznanego uprzednio prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za okres 6 miesięcy, a stan jej zdrowia rokował odzyskanie zdolności do pracy, choć rzeczywiście nie w okresie 12 miesięcy od daty wyczerpania okresu zasiłkowego, a dopiero po dniu 28 lutego 2017 r.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 wyroku z uwzględnieniem wyniku sprawy, którą pozwany przegrał w całości. Zgodnie z treścią art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Na koszty procesu, które poniosła

zainteresowana spółka składa się wynagrodzenie ustanowione w sprawie pełnomocnika, przy czym w przypadku niezłożenia przez niego spisu kosztów przyjmuje się z tego tytułu stawki minimalnego wynagrodzenia za czynności podjęte w danej sprawie (art. 98 § 3 k.p.c.). Wysokość przyznanych kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 9 ust. 2 w zw. z § 15 i 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. Nr 1800) i zasądził z tego tytułu na rzecz zainteresowanej kwotę 360,00 zł, zgodnie ze zgłoszonym żądaniem.

SSR Marcin Winczewski