Sygnatura akt I C 403/17

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Gryfice, dnia 24 listopada 2017 r.

Sąd Rejonowy w Gryficach I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący:SSR Wioletta Rachubińska-Wilk

Protokolant:Starszy sekretarz sądowy Anna Łuszczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 24 listopada 2017 r. w Gryficach

sprawy z powództwa (...) w G.

przeciwko M. S.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego M. S. na rzecz powoda (...) w G. kwotę 3.710,02 zł (trzech tysięcy siedmiuset dziesięciu złotych dwóch groszy) z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 15 lipca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, liczonymi od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.317,00 zł (tysiąca trzystu siedemnastu złotych) tytułem kosztów procesu.

SSR Wioletta Rachubińska-Wilk

Sygn. akt I C 403/17

UZASADNIENIE

Powód (...) w G. wniósł pozew przeciwko pozwanemu M. S. o zapłatę kwoty 3.710,02 zł, uzasadniając swoje stanowisko tym, iż pozwany w dniach od 07.06.2014r. do 13.06.2014r. przebywał na Oddziale Chirurgicznym (...) w G., nie posiadając uprawnień do bezpłatnych świadczeń medycznych i nie opłacił kosztów leczenia.

Sąd Rejonowy w Gryficach wydał dnia 20.02.2017r.nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, od którego pozwany M. S. złożył skutecznie sprzeciw, w którym powołał się na abolicję dokonaną na mocy ustawy z dnia 04.11.2016r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, podnosząc dodatkowo, iż dnia 01.03.2017r. żona pozwanego skierowała do pracodawcy wniosek o zgłoszenie pozwanego do „wstecznego" ubezpieczenia zdrowotnego w okresie objętym leczeniem i w związku z tym pozwany uzyskał „wsteczne" ubezpieczenie zdrowotne od dnia 01.06.2014r.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. S. w dniach od 07.06.2014r. do 13.06.2014r. przebywał na Oddziale Chirurgicznym (...) w G.. Koszty pobytu pozwanego w szpitalu obejmujące koszt pobytu, koszty leków, koszty badań wyniosły 3.710,02 zł.

Bezsporne, a nadto faktura, k. 11, zestawienie kosztów leczenia, k. 12.

W czasie pobytu pozwanego w szpitalu nie był on zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego.

Bezsporne.

Dnia 13.06.2014r. M. S. podpisał zobowiązanie do uregulowania płatności za wykonane usługi medyczne w okresie od 07.06.2014r. do 13.06.2014r.

Dowód: zobowiązanie, k. 35.

Pozwany był wzywany do uregulowania należności. Uznał fakturę VAT za wystawioną niezgodnie z przepisami.

Dowody: wezwanie wraz z zpo, k. 9-10, pismo, k. 27

Narodowy Fundusz Zdrowia wydał komunikat dla pacjentów dotyczący zasad „wstecznego" zgłoszenia do ubezpieczenia.

Dowód: komunikat, k. 23-24.

Żona M. S. dokonała pismem z dnia 01.03.2017r. zgłoszenia M. S. do swojego pracodawcy do „wstecznego" ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 01.06.2014r. do 30.06.2014r.

Dowody: pismo, k. 25-26, zgłoszenie danych członka rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego, k. 28,29.

Sąd zważył, co następuje:

Kwestię dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych reguluje ustawa z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przytoczone regulacje prawne są w brzmieniu obowiązującym w okresie pobytu pozwanego w szpitalu. Wyjaśnić należy, iż do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają m.in. prawo osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej "ubezpieczonymi" (art. 2 ustawy), zaś ubezpieczonymi są m.in. osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68; a także członkowie ich rodzin zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji (art. 3 ustawy). Za członka rodziny uważa się m.in. małżonka.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Wykazanie faktu zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego jest istotne z tego powodu, że ustawa przyznaje tym osobom prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dopiero z chwilą ich zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. W myśl art. 49 ust. 1 ustawy dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego. Niemniej jednak – zgodnie z art. 240 ust. 1 ustawy – do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku członków rodziny osoby objętej obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym dowodem posiadania ubezpieczenia zdrowotnego jest dokument potwierdzający zgłoszenie tej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z dokumentem potwierdzającym posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego przez osobę, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Dowodem posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne może być także zaświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia

wystawione przez płatnika, za którego pośrednictwem członek rodziny został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego. A zatem ubezpieczony ma obowiązek przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego przed każdym skorzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej. Fakt bowiem posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, np. w chwili zapisywania się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie zawsze oznacza, iż osoba ta ma status ubezpieczonego także po kilku miesiącach od tej daty. Dlatego pacjent jest każdorazowo zobowiązany wykazać, że jest uprawniony do skorzystania w danym dniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli przedstawienie wspomnianego dokumentu we wskazanym terminie nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (czyli np. najpóźniej w ciągu 7 dni od daty opuszczenia szpitala przez pacjenta). W sytuacji nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia zdrowotnego w chwili rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadkach stanu nagłego - najpóźniej w ciągu 7 dni od daty zakończenia udzielania świadczeń, świadczenie opieki zdrowotnej zostanie udzielone na koszt osoby korzystającej z tych świadczeń. Oznacza to zatem, że ubezpieczony, nie przedstawiając, np. szpitalowi, dowodu ubezpieczenia, musi liczyć się z tym, że kosztami udzielonych mu świadczeń zdrowotnych nie zostanie obciążony NFZ, lecz on sam. Jednak późniejsze niż przewidziane powyżej przedstawienie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

Zgodnie z art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu z dnia 21.11.2013r. świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić: kartę ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4-7; dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę w/w dokumentów nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki: świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia; świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3. Ustęp 11 i 12 cytowanej ustawy stanowi, iż w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej - pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku: posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6 (W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.) osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia. Obowiązku uiszczenia kosztów świadczenia nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki

zdrowotnej (ustęp 16 art. 50). Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (ustęp 18 art. 50).

Przytoczenie powyższych regulacji oraz wyjaśnień było niezbędne celem przedstawienia zasad pozwalających na korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dla istoty niniejszego postępowania oraz rozstrzygnięcia kwestii odpowiedzialności za odpłatność udzielonych świadczeń znaczenie ma fakt wykazania, bądź nie wykazania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w określonym terminie 7 dni po opuszczeniu szpitala bądź w terminie roku od upływu 7 dni od opuszczenia szpitala.

Podnieść należy, iż pozwany przyznawszy, iż korzystał z opieki zdrowotnej w postaci kilkudniowej hospitalizacji, nie udowodnił, aby w czasie określonym przez ustawę wykazał fakt zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. M. S. nie złożył oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej – a przynajmniej nie wykazał, aby takie złożył, podpisując zobowiązanie do uregulowania należności za udzieloną pomoc. Pozwany podnosił w piśmie z dnia 04.07.2014r., iż przedmiotowe oświadczenie złożył i brak było reakcji ze strony (...) w G. na jego pismo. Natomiast w piśmie procesowym z dnia23.11.2017r. oświadczył, iż nie jest pewien, czy takowe oświadczenie podpisał, czy też nie podpisał. Jednakże zdaniem Sądu, w sytuacji niepewności, to na pozwanym ciążył obowiązek dochowania należytej staranności w wykazaniu przysługiwania mu prawa do świadczeń oraz w wyjaśnieniu wszelkich wątpliwości związanych z żądaniem zapłaty.

Przepis art. 50 wspominanej ustawy nie zwalnia korzystającego z opieki zdrowotnej z uregulowania jej kosztów w sytuacji zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego z datą wsteczną, tak jak to miało miejsce w przypadku pozwanego. Gdyby bowiem M. S. złożył oświadczenie o przysługiwaniu mu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej – nawet gdyby go nie posiadał i działając w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, wówczas (...) mógłby wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot kosztów opieki zdrowotnej, a one byłby ściągnięte od pozwanego w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Brak natomiast wykazania przysługującego prawa do świadczeń, czy też złożenia oświadczenia o jego przysługiwaniu powoduje, iż (...) nie może domagać się tych kosztów od NFZ, lecz może ich dochodzić wyłącznie od osoby, której pomoc została udzielona. Przepis art. 50 wspominanej ustawy rozdziela kategorię tych kosztów w sposób jasny, oznaczając sposób dochodzenia ich zapłaty, a nawet odrębnie regulując kwestię przedawnienia, i tak roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 art. 50 (dochodzone przez (...) w niniejszym postępowaniu) ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11, a należności, o których mowa w ust. 18 (egzekwowane przez NFZ w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji), ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna. Z tych też względów zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego należy uznać za chybiony, skoro świadczenia zostały udzielone w czerwcu 2014r., a powództwo wytoczone w październiku 2016r.

Wyjaśnić również należy, iż ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 2173) – na którą powołuje się pozwany, wskazując na „abolicję" – w art. 4 i 5 odnosi się jedynie do kosztów świadczeń zdrowotnych dochodzonych przez NFZ w drodze decyzji administracyjnej i w trybie postępowania egzekucyjnego w administracji, nie zaś do kosztów, które poniosła placówka medyczna, a o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W myśl przywołanych przepisów: z dniem wejścia w życie ustawy w zakresie świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 (tj. z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), umarza się postępowania:

1) mające na celu wydanie decyzji administracyjnych ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i ich wysokość,

2) egzekucyjne w administracji dotyczące należności z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzone na podstawie decyzji

- o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1.

Nieuiszczone koszty upomnienia powstałe w związku z niewykonaniem obowiązku określonego w decyzji, o której mowa w art. 50 ust. 18 ustawy (decyzji administracyjnej) zmienianej w art. 1, podlegają umorzeniu. Koszty egzekucyjne powstałe w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, które nie zostały wyegzekwowane, podlegają umorzeniu wraz z umorzeniem postępowania egzekucyjnego.

Umarza się postępowania, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, wobec osób, które dopełniły obowiązku określonego w art. 67 ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 1 najpóźniej w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Nieuiszczone koszty upomnienia powstałe w związku z niewykonaniem obowiązku określonego w decyzji, o której mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, podlegają umorzeniu. Koszty egzekucyjne powstałe w postępowaniu egzekucyjnym, które nie zostały wyegzekwowane, podlegają umorzeniu wraz z umorzeniem postępowania egzekucyjnego. Nie wszczyna się postępowań, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy zmienianej w art. 1, wobec osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie ustawy i które dopełniły obowiązku określonego w art. 67 ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 1 najpóźniej w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy. W przypadku dopełnienia obowiązku określonego w art. 67 ust. 1 i 3 ustawy zmienianej w art. 1 w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 4 oraz art. 50 ust. 18a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, nie wszczyna się postępowań o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie, którego dotyczył ten obowiązek.

Podsumowując, przytoczone regulacje zawarte w ustawie zmieniającej, dotyczą postępowania administracyjnego prowadzonego przez NFZ, nie zaś roszczeń (...) w G., które po ich poniesieniu przez szpital, nie zostały zwrócone przez NFZ.

Pozwany nie kwestionował faktu udzielenia pomocy i kwoty naliczonej tytułem kosztów leczenia.

Z uwagi na powyższe Sąd uwzględnił żądanie powoda.

Roszczenie o odsetki znajduje swoje oparcie w treści art. 481 § 1 i § 2 k.c., który stanowi, iż jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi, a jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, to do dnia 31.12.2015r. należały się odsetki ustawowe, a od dnia 01.01.2016r. należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy. Jak wynika z tezy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 22 października 2003 r. (II CK 146/02, Lex nr 82271) dłużnik popada w opóźnienie jeśli nie spełnia świadczenia pieniężnego w terminie, w którym stało się ono wymagalne także wtedy, gdy kwestionuje istnienie lub wysokość świadczenia. Na gruncie przedmiotowej sprawy nie budzi wątpliwości, że pozwany popadł w opóźnienie w zapłacie należności co najmniej od dnia 15.07.2014r., tj. od dnia następnego po terminie płatności wynikającym z faktury z dnia 30.06.2014r., o istnieniu której wiedział, co wynika z treści jego pisma z dnia 04.07.2014r.

O kosztach Sąd orzekł w myśl art. 98 § 1 kc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony (art. 98 § 3 kpc). Na koszty przyznane powodowi od pozwanego złożyła się opłata sądowa od pozwu w wysokości 100 zł, kwota 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz kwota 1.200 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika powoda – ustalona w oparciu o § 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra

Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. w brzmieniu z chwili wniesienia pozwu.

SSR Wioletta Rachubińska-Wilk