



**PREZES  
URZĘDU OCHRONY  
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW  
DELEGATURA UOKIK W GDAŃSKU**

---

**RGD.57-13/03/04**

Gdańsk, dnia 31 grudnia 2004r.

**DECYZJA NR RGD.38/2004**

- I. Na podstawie art. 78 ust. 4, w związku z art. 78 ust. 5, ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2003r., Nr 86, poz. 804 ze zmianami) oraz stosownie do art. 28 ust. 6 tej ustawy i § 6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2002r. w sprawie określenia właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz.U. Nr 18, poz. 172 ze zmianą), **W IMIENIU PREZESA URZĘDU OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW,**

**ZMIENIA SIĘ DECYZJĘ** nr RGD.18/2004, wydaną w dniu 1 października 2004r., w zakresie objętym punktem II, w ten sposób, że nie stwierdza się stosowania przez przedsiębiorcę **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA z SIEDZIBĄ w WARSZAWIE** praktyk ograniczających konkurencję, zakazanych z mocy art. 8 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie [...], polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na lokalnym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, ograniczonym do obszaru województwa zachodniopomorskiego, „w toku przeprowadzania procedury konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego na rok 2004”, poprzez narzucanie **SPZZOZ w G.** we wzorze „Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne” postanowień:

- a. § 3 ust. 1 pkt 6 i 7 o treści: „Koszt świadczenia [...] obejmuje koszty: [...], 6) transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w odrębnych przepisach, 7) innych świadczeń związanych z pobytem w szpitalu.”
- b. § 6 ust. 1 o treści: „Po zakwalifikowaniu przez Oddział Funduszu oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu, strony umowy, w terminie do dnia 30 czerwca 2004r., na podstawie informacji o świadczeniach wykonanych od dnia 1 stycznia 2004r. do dnia 30 kwietnia 2004r. przekazanych przez Świadczeniodawcę w raportach statystycznych oraz sprawozdaniach z wykonania umowy, ustalą: 1) liczbę punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń na okres od dnia 1 lipca 2004r. do dnia 31 grudnia 2004r.; 2) kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji

---

**80-824 GDAŃSK, UL. PODWALE PRZEDMIEJSKIE 30**

**TEL./FAX (058 PREFIKS) 346-29-32, 346-29-33, 301-51-75**

**E-MAIL: GDANSK@UOKIK.GOV.PL**

*umowy*".

- II. Na podstawie art. 69 ust. 1, w związku z art. 73 i art. 75 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2003r., Nr 86, poz. 804 ze zmianami), oraz stosownie do art. 28 ust. 6 tej ustawy i § 6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2002r. w sprawie określenia właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz.U. Nr 18, poz. 172 ze zmianą), po rozpatrzeniu wniosku **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE** z dnia 21 października 2004r. w przedmiocie *„zasądzenia od wnioskodawcy na rzecz skarżonego taryfowych kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu odwoławczym”*, odstępuje się od obciążenia nimi SPZZOZ w G.

### UZASADNIENIE

W dniu 1 października 2004r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (zwany dalej „Prezesem Urzędu” bądź „organem antymonopolowym”), po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego na wniosek SPZZOZ w G. (zwanego dalej „Zespołem” bądź „wnioskodawcą”), wydał decyzję nr RGD.18/2004, w sentencji której:

- w punkcie I, na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy o ochronie [...], nie stwierdził stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie (zwany dalej „Funduszem” lub „skarżonym przedsiębiorcą”) praktyk ograniczających konkurencję, zakazanych z mocy art. 8 ust. 1 i 2 ww. ustawy, które miałyby polegać na nadużywaniu pozycji dominującej na lokalnym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, ograniczonym do obszaru województwa zachodniopomorskiego, *„w toku przeprowadzania procedury konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego na rok 2004”*, poprzez narzucanie wnioskodawcy:

- a. tych z postanowień *„Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”*, które ten kwestionował we wniosku o wszczęcie postępowania, tj. zawartych w § 3 ust. 6, § 4, § 14 ust. 9, § 16 ust. 1, § 22 ust. 1 i 2, § 30 ust. 2 oraz § 32 ust. 4 oraz w rozdziale IX;
- b. we wzorcu *„Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne”* zapisu § 7 ust. 1 pkt 1 oraz § 7 ust. 1 pkt 8,

- w punkcie II, na podstawie art. 9 ustawy o ochronie [...], stwierdził stosowanie i nakazał zaniechanie przez skarżonego przedsiębiorcę praktyk ograniczających konkurencję, zakazanych z mocy art. 8 ust. 1 i 2 ww. ustawy, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na lokalnym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, ograniczonym do obszaru województwa zachodniopomorskiego, *„w toku przeprowadzania procedury konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego na rok 2004”*, poprzez narzucanie wnioskodawcy we wzorcu *„Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne”* postanowień:

- a. § 3 ust. 1 pkt 6 i 7 o treści: „Koszt świadczenia [...] obejmuje koszty: [...] 6) transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w odrębnych przepisach, 7) innych świadczeń związanych z pobytem w szpitalu.”
- b. § 6 ust. 1 o treści: „Po zakwalifikowaniu przez Oddział Funduszu oddziałów Świadczeniodawcy do określonego typu, strony umowy, w terminie do dnia 30 czerwca 2004r., na podstawie informacji o świadczeniach wykonanych od dnia 1 stycznia 2004r. do dnia 30 kwietnia 2004r. przekazanych przez Świadczeniodawcę w raportach statystycznych oraz sprawozdaniach z wykonania umowy, ustalą: 1) liczbę punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń na okres od dnia 1 lipca 2004r. do dnia 31 grudnia 2004r.; 2) kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy”.

Powołana decyzja, w zakresie o którym mowa w punkcie I, z uwagi na niewniesienie w tej części odwołania, uprawomocniła się, natomiast w zakresie objętym punktem II zaskarżonej decyzji, odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie, złożony, pismem z dnia 21 października 2004r., Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Szczecinie, który zarzucając organowi antymonopolowemu:

- niezgodność poczynionych ustaleń i przyjętego rozstrzygnięcia z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, że zapisy § 3 ust. 1 pkt 6 i 7 oraz § 6 ust. 1 wzorca „Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne” są sprzeczne z przepisami ustawy o ochronie [...],
- naruszenie prawa materialnego wskutek błędnej wykładni i niewłaściwego zastosowania przepisów art. 56 i art. 70 ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zmianami) przez przyjęcie, że kwestionowane przez wnioskodawcę postanowienia wzorca „Umowy ...” pozostawiają Funduszowi „dowolność interpretacyjną” oraz narażają Zespół na „otwartość kosztów i błąd systemowy”, a nadto prowadzą do „zamazania w +Umowie ...+” specyficznych warunków działania wnioskodawcy, funkcjonującego w pobliżu pasa nadmorskiego, o zwiększonej, w sezonie wypoczynkowym, ilości udzielanych świadczeń,

wniósł o:

- zmianę przedmiotowej decyzji „poprzez odmowę uwzględnienia żądania wnioskodawcy w całości”, a zatem, zważywszy na treść wniosku i sentencji decyzji, o zmianę jej punktu II,
- zasądzenie od Zespołu na rzecz Funduszu „taryfowych kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu odwoławczym”.

Prezes Urzędu, mając na względzie treść wniesionego odwołania, stosownie do art. 78 ust. 4 i art. 78 ust. 5 ustawy o ochronie [...], uznał za słuszne zarów-

no przeprowadzenie, przed ewentualnym przekazaniem odwołania do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów lub uchyleniem albo zmianą decyzji, dodatkowych czynności, zmierzających do wyjaśnienia zarzutów w odwołaniu podniesionych, jak i – w świetle argumentacji przywołanej przez Fundusz na rzecz zasadności swojego stanowiska oraz wyników tych czynności – zmianę, w części objętej punktem II, decyzji nr RGD.18/2004 z dnia 1 października 2004r.

Rozstrzygając w ten sposób, Prezes Urzędu wziął pod uwagę, co następuje.

1. Dokonane w zaskarżonej decyzji ustalenia dotyczące domniemanej niejasności „*zawartości pojęciowej*” niektórych postanowień stosowanego przez skarżonego przedsiębiorcę wzorca „*Umowy ...*”, tj. tych, które dotyczą „*kosztu transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w odrębnych przepisach*” (§ 3 ust. 1 pkt 6) oraz „*kosztu innych świadczeń związanych z pobytem w szpitalu*” (§ 3 ust. 1 pkt 7) i wywiedziona z tej przesłanki zarówno „*narzucona przez Fundusz [...] +otwartość+ kosztów usług medycznych realizowanych przez świadczeniodawcę na rzecz osób uprawnionych do korzystania z nich w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”, jak i powodowane przez nią „*zniekształcenia wyników rachunku ekonomicznego*” i „*dokonywanych wyborów*”, były skutkiem niepełnego i niedostatecznego uwzględnienia przez organ antymonopolowy wszystkich okoliczności, faktycznych i prawnych, istotnych dla właściwej oceny przez Prezesa Urzędu, w świetle przepisów ustawy o ochronie [...], treści kwestionowanych zapisów.

2. I tak, badając w tym kontekście zarówno § 3 ust. 1 pkt 6, jak i § 3 ust. 1 pkt 7 wzorca „*Umowy ...*” pominięto, w pierwszym rzędzie, konsekwencje wynikające z faktu, iż wnioskodawca, będąc samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, działającym na zasadach określonych ustawą z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zmianami), w szczególności posiadającym osobowość prawną, pokrywającym z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań, składającym, „*od lat*”, w ramach procedur konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, swoje oferty, był również pod koniec 2003r., tj. w trakcie kolejnego konkursu, profesjonalnie przygotowany do zawarcia kontraktu ze skarżonym przedsiębiorcą (na 2004r.).

Jeżeli tak, nie powinien być i nie mógł oczekiwać od Funduszu, by ten dopiero przy tej okazji „*udzielał mu wykładni logicznej, językowej i innych +zawartości pojęciowych+ elementarnych obowiązków podmiotu świadczącego usługi zdrowotne*”, tym bardziej, że każdy przedsiębiorca ubiegający się o możliwość realizowania usług z zakresu leczenia szpitalnego, a zatem i wnioskodawca, składając ofertę konkursową, nie tylko oświadcza, że dysponuje odpowiednimi środkami techniczno-organizacyjnymi oraz personelem medycznym niezbędnymi do ich wykonania, ale najczęściej posiada także ugruntowane doświadczenie w przedmiocie zakresu obowiązków, jakich się podejmuje (w wypadku Zespołu polegało ono m.in. na tym, że, jak podniósł Fundusz w odwołaniu od decyzji nr RGD.18/2004, a co potwierdziły dodatkowe czynności podjęte przez Prezesa Urzędu na podstawie art. 78 ust. 5 ustawy o ochronie [...], treść spornych postanowień § 3 ust. 1 pkt 6 i 7 wzorca „*Umowy ...*” była wnioskodawcy znana wcześniej, „*powtarzała się w zawieranych począwszy od 1999r. umowach [...] i ich aneksach*”, i przed wystąpieniem o wszczęcie postępowania antymonopolowego nie była przez niego kwestionowana).

3. Wolno sądzić, aczkolwiek wydając zaskarżoną decyzję, i tej okoliczności nie uwzględniono w pełnym zakresie, iż wnioskodawcy, z oczywistych powodów, winny być i są znane przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zmianami), zgodnie z którymi środki finansowe pozyskiwane przez kolumny transportu sanitarnego pochodzą w szczególności z realizacji umów zawieranych z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, które takie usługi im zlecają (por. art. 70d ust. 1 pkt 1 ww. ustawy). Jeżeli tak, to we wszystkich sytuacjach, o których mowa nie tylko w nieobowiązujących już ustawach z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zmianami)<sup>1</sup> oraz z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zmianami)<sup>2</sup>, ale także w aktualnie obowiązującej ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135)<sup>3</sup>, „koszt transportu sanitarnego był [jest] zawsze kosztem zakładu zlecającego przez swojego lekarza lub felczera przewóz ubezpieczonego”. Bez wątpienia wiedza wnioskodawcy (obejmowała) obejmuje w tym przedmiocie także regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003r. w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz.U. NR 88, poz. 815).

4. Podobnie, dokładna i pełna analiza stanu prawnego odnoszącego się do okoliczności faktycznych sprawy, pozwala na stwierdzenie, iż, wbrew wcześniejszym wywiodom zawartym w uzasadnieniu decyzji nr RGD.18/2004, identyfikacja „*innych świadczeń związanych z pobytem w szpitalu*”, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 7 wzorca „*Umowy ...*”, nie powinna była wnioskodawcy nastroczać podnoszonych przez niego wątpliwości i trudności, nie daje też przesłanek do twierdzenia, jakoby skarżący przedsiębiorca dysponował w tym zakresie taką swobodą żądań kierowanych pod adresem Zespołu, iżby ten mógł utrzymywać, jakoby stanowiły one nadużycie uprzywilejowanej pozycji, jaką w stosunkach między stronami niewątpliwie Fundusz zajmuje.

I tak, zgodnie z brzmieniem art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, szpital zapewnia pacjentowi nie tylko świadczenia

---

<sup>1</sup> Patrz: „Art. 50.

1. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza lub felczera przysługują bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego w przypadkach:
  - 1) przewozu osób wymagających natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
  - 2) przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających zdrowiu lub życiu.
2. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku przewozu osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia [...] określi, w drodze rozporządzenia, wykaz jednostek chorobowych, kryteria i szczegółowe zasady ustalania stopnia niesprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2.”

<sup>2</sup> Patrz: art. 70 (o podobnym brzmieniu, jak art. 50 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym).

<sup>3</sup> Patrz: art. 41 (o podobnym brzmieniu, jak art. 50 ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym).

zdrowotne (ust. 1 pkt 1), ale także „inne świadczenia”, a to środki farmaceutyczne i materiały medyczne (ust. 1 pkt 2) oraz pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia (ust. 1 pkt 3), a w wypadku pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (ust. 2).

Z kolei, jak wynika wprost z zapisu art. 56 ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, obowiązującej w dniu złożenia wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego, a powtórzonego niemal dosłownie w art. 35 obowiązującej aktualnie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, „ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala [...] zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, jeżeli są konieczne do wykonania świadczenia [medycznego]”.

5. Prezes Urzędu, wbrew stanowisku prezentowanemu przez Fundusz w odwołaniu od decyzji, nie kwestionował ani prawidłowości stosowania, jako takiej, procedury kwalifikującej „oddziały Świadczeniodawcy do określonego typu”, bowiem nie posiadał po temu żadnych uprawnień, ani samego mechanizmu weryfikacji kwoty zobowiązania Funduszu wobec wnioskodawcy, bowiem tej okoliczności nie podnosił nawet wnioskodawca; przedmiotem zastrzeżeń organu antymonopolowego była natomiast „zasadność wykorzystania tego mechanizmu przy ustalaniu [...] kontraktu w warunkach +odbiegających od średniej+”, a to dlatego, że, zdaniem Zespołu, miałyby on „całkowicie pomijać specyficzne warunki działania wnioskodawcy, funkcjonującego w pobliżu pasa nadmorskiego i w okresie sezonu letniego, w szczególności od czerwca do września, odnotowującego znaczny wzrost ilości udzielanych świadczeń zdrowotnych w związku z dużą ilością osób przyjeżdżających [...] na wypoczynek letni”, przez co poczynione w „Umowie ...” zapisy miałyby stawiać wnioskodawcę na gorszej pozycji konkurencyjnej niż pozostałych świadczeniodawców ubiegających się o kontrakt.

Tymczasem, co również zostało pominięte przy ocenie działań Funduszu przeprowadzonej w świetle ustawy o ochronie [...], i zarzut ten został przez odwołującego się podniesiony słusznie, wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, nastąpiła zmiana systemowa: zniesiono podział osób ubezpieczonych ze względu na miejsce ich zamieszkania, a zmiana ta skutkuje tym, iż niezależnie od lokalizacji tego miejsca, uprawniony może, na równych prawach z innymi, korzystać z dostępu do świadczeń medycznych oferowanych przez dowolny podmiot znajdujący się na terenie kraju, jeśli tylko ten uprzednio podpisał umowę z Funduszem.

Co więcej, okoliczność ta, znajdująca odzwierciedlenie w ustawowym obowiązku udzielenia niezbędnego świadczenia „w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu”, a także możliwa sezonowość popytu na usługi zdrowotne, zwłaszcza na obszarach atrakcyjnych turystycznie, znajduje jednak, jak wynika to z odwołania od decyzji, odbicie, być może dla wnioskodawcy subiektywnie niesatysfakcjonujące, w procesie kontraktowania świadczeń i w wysokości maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu względem Zespołu, będącej pochodną warunków zawartej umowy, z tym jednak, że wysokość tej kwoty jest w

każdym wypadku uzależniona i od tego, że podobne usługi w „*pasie nadmorskim*” świadczą także szpitale w Świnoujściu, Kołobrzegu, Sławnie.

Jeżeli zatem działania skarżonego przedsiębiorcy znajdują uzasadnienie i umocowanie w obowiązujących przepisach prawa, jeżeli nie noszą znamion nadużycia względem kontrahenta posiadanej przez niego uprzywilejowanej pozycji na rynku właściwym, to nie sposób twierdzić, by stanowiły one praktyki ograniczające konkurencję, zakazane z mocy art. 8 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie [...].

Mając na względzie powyższe, orzeczono jak w sentencji.

O kosztach postępowania rozstrzyga się mając na uwadze zarówno przepisy art. 69 ust. 1 oraz art. 75, jak i art. 73 ustawy o ochronie [...], zgodnie z którym w szczególnie uzasadnionych przypadkach Prezes Urzędu może odstąpić od obciążenia nimi strony przegrywającej.

Zważywszy na trudną sytuację finansową publicznych zakładów świadczących usługi w zakresie powszechnej opieki zdrowotnej, wyczerpującą, zdaniem Prezesa Urzędu, znamiona „*szczególnie uzasadnionego przypadku*”, jak i na stosunkowo ograniczoną ilość czynności związanych z odwołaniem od decyzji wykonanych w ramach „*zastępstwa prawnego w postępowaniu odwoławczym*”, organ antymonopolowy postanawia, jak w sentencji.

#### **POUCZENIE:**

Stosownie do treści art. 78 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2003r. Nr 86, poz. 804 ze zmianami), w związku z art. 479<sup>28</sup> § 2 K.p.c., od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w terminie dwutygodniowym od dnia jej doręczenia, za pośrednictwem Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Gdańsku.

Stosownie do treści art. 78 ust. 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2003r. Nr 86, poz. 804 ze zmianami) i art. 264 § 2 K.p.a., w związku z art. 80 ww. ustawy oraz art. 479<sup>32</sup> § 1 i 2 K.p.c., na postanowienie rozstrzygające o kosztach (punkt II sentencji) przysługuje zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w terminie tygodnia od dnia jego doręczenia, za pośrednictwem Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Gdańsku.

Z upoważnienia Prezesa UOKiK  
Dyrektor Delegatury UOKiK w Gdańsku  
Roman Jarząbek