

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
W
PALIUM Sp. z o. o.
Z SIEDZIBĄ W NOWYM MIEŚCIE

6 Czerwca 2023

ROZDZIAŁ I PRZEPISY OGÓLNE

§ 1

1. Regulamin organizacyjny Domu Opieki Medycznej z siedzibą pod adresem 09-131 Stara Wrona 19, zwany dalej „Regulaminem” określa szczegółowe zasady organizacji, funkcjonowania, rekrutacji oraz zakres usług świadczonych przez Dom Opieki Medycznej realizowany w ramach Programu Wsparcia Domów Opieki Medycznej.
2. Użyte w regulaminie nazwy oznaczają odpowiednio:
 - 1) Realizator – Paliu Sp. Z o.o. 09-120 Nowe Miasto, ul. Główny Rynek 12;
 - 2) DOM – dom opieki medycznej prowadzony w formie dziennej;
 - 3) Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia, zakwalifikowana przez Zespół Terapeutyczny do korzystania ze wsparcia w ramach domu opieki medycznej;
 - 4) Rodzina/opiekun – osoby/y wskazane przez uczestnika jako członek rodziny/osoba sprawująca opiekę nad uczestnikiem, upoważniona/e do udzielania informacji o uczestniku personelowi DOM;
 - 5) Zespół Terapeutyczny w skrócie ZT– zespół składający się co najmniej z: lekarza specjalisty, psychologa, pielęgniarki, fizjoterapeuty;
 - 6) Dysponent Środków – Województwo Mazowieckie z siedzibą w 03-719 Warszawie, ul. Jagiellońska 26

ROZDZIAŁ II ZASADY FUNKCJONOWANIA DOM

§ 2

1. Podmiotem prowadzącym DOM jest PALIUM Sp. z o.o. w Nowym Mieście.
2. Osobą podejmującą wszelkie decyzje związane z funkcjonowaniem DOM jest Prezes Zarządu PALIUM sp. z o.o.
3. DOM działa na podstawie Regulaminu Domu Opieki Medycznej.
4. DOM będzie funkcjonował od 15 czerwca 2023 roku do końca obowiązującej umowy.
5. DOM będzie udzielał wsparcia we wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, 10 godzin dziennie, w godzinach od godz. 7.00 do godz. 17.00.
6. DOM będzie udzielał wsparcia również w soboty w godzinach od godz. 8.00 do godz. 12.00.

ROZDZIAŁ III OSOBY KORZYSTAJĄCE Z WSPARCIA DOM

§ 3

1. Wsparcie w ramach programu otrzymają osoby zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego.
2. Wsparciem zostaną objęte osoby, które wyraziły świadomie zgodę na udział w programie.
3. Wsparcie otrzymają osoby mające postawioną diagnozę choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej choroby i z tego względu wymagają opieki dziennej.
4. Wsparcie otrzymają osoby których stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowego wsparcia poza opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej

opieki specjalistycznej a ze względu na stan zdrowia.

5. Wsparcie otrzymają osoby wymagające, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz terapii zajęciowej, jednakże niewymagające hospitalizacji w oddziale szpitalnym i/lub pobytu w jednostkach stacjonarnej opieki długoterminowej.

§ 4

1. Ze wsparcia w DOM wyłączone będą:
 - 1) osoby niespełniające któregokolwiek z kryteriów określonych w § 3;
 - 2) osoby korzystające aktualnie ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych;
 - 3) osoby korzystające z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej;
 - 4) osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie. Nie wyklucza się jednak współistnienia tych zaburzeń u uczestnika;
 - 5) osoby, które zrezygnowały z pobytu w DOM;
 - 6) osoby, których stan zdrowia pogorszy się na tyle, że wymagały będą leczenia szpitalnego bądź całodobowych świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych.
2. Dopuszcza się nieobecność do 10 dni roboczych w miesiącu.
3. Nieobecność w programie powyżej 10 dni roboczych skutkuje wykreśleniem z listy uczestników, jednak każdy przypadek będzie rozpatrywany indywidualnie.
4. Zespół Terapeutyczny w wyniku negatywnej ewaluacji zdecyduje o konieczności wykluczenia uczestnika ze wsparcia w ramach DOM.
5. Gdyby jednak wykluczenie uczestnika z dalszego udziału w programie, w szczególności w przypadku absencji spowodowanej pobytem w oddziale szpitalnym czy innym szczególnym powodem miało zniweczyć już osiągnięte cele, Zespół Terapeutyczny może podjąć decyzję o pozostawieniu uczestnika w programie, uzasadniając swoją decyzję pisemnie.

ROZDZIAŁ IV ZAKRES ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH DOM

§ 5

1. Świadczenia w ramach DOM są udzielane nieodpłatnie.
2. Realizator zapewni opiekę ze strony wykwalifikowanego personelu terapeutycznego oraz specjalistów wspomagających utrzymanie sprawności psychofizycznej uczestników programu.
3. Realizator zapewni wyżywienie w postaci minimum dwóch posiłków (w tym jeden gorący) z uwzględnieniem diety zalecanej dla osób starszych
4. Realizator zapewni usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne polegające na:
 - a) nadzorze oraz pomocy pielęgniarki pełniącej rolę wspomagającą – opiekuńczą i edukacyjną, bez prowadzenia farmakoterapii, ale zapewniając monitorowanie zażycia leków posiadanych przez uczestnika,
 - b) nadzorze i wsparciu opiekuna medycznego w udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie.
5. Realizator zapewni możliwość dowożenia uczestników do DOM oraz ich powrót do miejsca zamieszkania (w obrębie do 15 km od siedziby realizatora – odległość liczona w linii prostej), w tym zapewnienie transportu na miejsca zajęć/terapii jeśli są organizowane poza terenem ośrodka.
W przypadku, gdy dojazd uczestników do DOM oraz ich powrót do miejsca

zamieszkania nie mieści się w obrębie 15 km realizator uwarunkuje kwestię dojazdu indywidualnie.

6. Realizator zapewni uczestnikom:
- 1) terapię i opiekę pielęgniarstwa;
 - 2) zajęcia rehabilitacyjne i fizjoterapeutyczne;
 - 3) konsultacje i terapię psychologiczną;
 - 4) terapię logopedyczną zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 5) zajęcia terapeutyczne prowadzone przez terapeutę zajęciowego przy współpracy z psychologiem, które obejmować będą:
 - treningi funkcji poznawczych
 - treningi umiejętności codziennych
 - terapię zajęciową
 - arteterapię
 - terapię reminiscencyjną
 - trening kulinarny
 - biblioterapię
 - usprawnianie psychofizyczne
 - 6) muzykoterapię
 - 7) doradztwo dla uczestników i ich rodzin/opiekunów, w tym konsultacje dietetyczne i z pracownikiem socjalnym – w zakresie stosowania właściwej diety, łączenia i przyjmowania leków, doboru odpowiednich wyrobów medycznych, w zakresie informowania o formach pomocy dla osób z chorobami otępiennymi z systemu pomocy społecznej i ubezpieczenia społecznego;
 - 7) realizacja spotkań integracyjnych i imprez okolicznościowych;
 - 8) konsultacje prawne.

ROZDZIAŁ V ZASOBY KADROWE ZAPEWNIAJĄCE REALIZACJĘ WSPARCIA w DOM

§ 6

1. Działania prozdrowotne dla uczestników w ramach programu DOM realizowane będą przez wykwalifikowaną kadrę w składzie:

- 1) psycholog,
 - 2) pielęgniarki,
 - 3) lekarz specjalista z zakresu chorób wewnętrznych,
 - 4) opiekunowie medyczni,
 - 5) terapeuta zajęciowy,
 - 6) fizjoterapeuta,
 - 7) dietetyk,
 - 8) logopeda,
 - 9) pracownik socjalny.
2. Fakultatywne działania dla uczestników DOM realizowane będą przez:
- 1) muzykoterapeutę
 - 2) prawnika
 - 3) artystów

ROZDZIAŁ VI REKRUTACJA UCZESTNIKÓW DO PROGRAMU WSPARCIA w DOM

§ 7

1. Rekrutacja jest prowadzona przez Zespół Terapeutyczny.
2. Zespół Terapeutyczny powołuje Prezes Zarządu PALIUM Sp. z o.o. w Nowym Mieście.
3. Określa się następujące wymagane dokumenty rekrutacyjne:
 - a) skierowanie do Domu Opieki Medycznej (*załącznik Nr 1*)

- b) kartę oceny stanu klinicznego wg skali Barthel (załącznik Nr 2)
 - c) zgoda na udział w projekcie (załącznik Nr 3)
 - d) oświadczenie uczestnika programu (załącznik Nr 4)
 - e) formularz rekrutacyjny (załącznik Nr 5).
4. Zespół Terapeutyczny podejmuje decyzję o przyjęciu osoby aplikującej do DOM na podstawie:
- a) analizy formularza rekrutacyjnego;
 - b) rozmowy z potencjalnym uczestnikiem;
 - c) przeprowadzonych testów psychologicznych;
 - d) analizy dokumentacji medycznej;
 - e) obserwacji stanu psychicznego i fizycznego;
 - f) wywiadów z rodziną/opiekunami potencjalnych uczestników;
 - g) analizy kolejności zgłoszonych wniosków.
5. Po pozytywnej weryfikacji wniosków, osoba aplikująca zostaje zakwalifikowana do udziału w programie i wpisana na listę uczestników.
6. Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
7. O kolejności na liście rezerwowej decyduje data wpływu wniosku wraz z wymaganymi dokumentami.
8. W przypadku złożenia niekompletnych dokumentów wyznaczony zostanie 10-dniowy termin na uzupełnienie braków (10 dni roboczych od daty od doręczenia wezwania do usunięcia braków) i wpisanie na listę rezerwową. Nie usunięcie braków w wyznaczonym terminie będzie skutkowało skreśleniem z listy rezerwowej.
9. Dokumenty rekrutacyjne należy składać:
- a) osobiście w zakładzie pod adresem 09-131 Stara Wrona 19 w dni robocze od godz. 08.00 do godz. 15.00,
 - b) listownie na ww. adres z dopiskiem na kopercie „DOM Stara Wrona”,
 - c) drogą elektroniczną na adres e- mail: zolstarawrona@palium.org
10. Powyższe druki można pobrać w zakładzie pod adresem 09-131 Stara Wrona 19 bądź ze strony internetowej <http://www.palium.org>
11. Informacja o zakwalifikowaniu do udziału w programie zostanie przesłana za pośrednictwem urzędu pocztowego, telefonicznie lub drogą elektroniczną.

ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.

§ 9

Regulamin zatwierdza Prezes Zarządu PALIUM Sp. z o. o. w Nowym Mieście.

§ 10

Regulamin wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

Wykaz załączników:

Załącznik Nr 1 – Skierowanie do Domu Opieki Medycznej

Załącznik Nr 2 – Karta oceny wg skali Barthel

Załącznik Nr 3 – Zgoda na w programie w Programie Wsparcia Domów Opieki
Medycznej

Załącznik Nr 4 – Oświadczenie

Załącznik Nr 5 – Formularz rekrutacyjny

SKIEROWANIE DO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania świadczeniobiorcy)

.....
(adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Numer PESEL świadczeniobiorcy

Nr telefonu do kontaktu

Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy w przypadku braku PESEL

–

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca
kierowany do domu opieki medycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
lecniczego

Formularz świadomej zgody pacjenta

Zgoda na udział w programie w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej

Ja, niżej podpisana/y:.....

wyrażam świadomie zgodę na uczestnictwo w Programie Wsparcia Domów Opieki Medycznej oraz deklaruję, że spełniam wymogi kwalifikujące mnie do udziału w programie.

Oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że:

1. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu oraz do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją programu.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyłącznie w celu realizacji projektu.
3. Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji i realizacji programu.
4. Zgoda na rozpowszechnianie mojego wizerunku nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www. ..., w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji programu zdjęć z moim wizerunkiem nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych.

.....
data i podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- nie korzystam ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej,
- nie korzystam z rehabilitacji leczniczej w oddziale dziennym lub stacjonarnym,
- nie mam zaawansowanej choroby psychicznej lub uzależnienia.

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis osoby ubiegającej się o wsparcie w DOM)

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Kryteria kwalifikacji		Niezbędne dokumenty	Posiadanie dokumentów
KRYTERIA WŁĄCZENIA			tak/nie
Osoba zamieszkała na terenie województwa mazowieckiego		dowód osobisty	
Osoba pełnoletnia		dowód osobisty	
Osoba udzieliła świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie		oświadczenie	
Osoba ma postawioną diagnozę choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej		dokumentacja medyczna	
Osoba wymaga opieki ze względu na chorobę/zespoły otępienne		skala Barthel 45 – 100	
Stan zdrowia osoby nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w systemie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowo wsparcia poza opieką poz i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej		skala Barthel 45 – 100	
Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia:	świadczeń pielęgnacyjnych	skala Barthel 45 – 100	
	świadczeń opiekuńczych		
	świadczeń rehabilitacyjnych		
	terapii zajęciowej		
KRYTERIA WYŁĄCZENIA			tak/nie
Osoba nie spełnia któregoś z wyżej wymienionych kryteriów włączenia		oświadczenie	
Osoba korzysta ze świadczeń opieki z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach	opieki długoterminowej,	oświadczenie	
	opieki paliatywnej,		
	opieki hospicyjnej,		
	rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka, oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych		
Osoba korzysta z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej		oświadczenie	
Osoba, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie		oświadczenie lub dokumentacja medyczna	

Zespół Terapeutyczny stwierdza, że Pan/i
ubiegający/a się o wsparcie w Domu Opieki Medycznej **spełnia/nie spełnia***) **Kryteria**
Włączenia i zostaje/nie zostaje*) zakwalifikowany/a do udziału w programie.

Nie stwierdzono/stwierdzono*) wystąpienia Kryteriów Wyłączenia, wykluczających osobę
z udziału w programie.

Zespół Terapeutyczny:

1.
2.
3.
4.

.....
(Miejscowość, data)

*) niepotrzebne skreślić

ZARZĄDZENIE Nr 1/2023
PREZESA ZARZĄDU PALIUM Sp. z o.o. z siedzibą w NOWYM MIEŚCIE
z dnia 06 czerwca 2023 r.
a SPRAWIE POWOŁANIA ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO

Na podstawie § 7 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego Domu Opieki Medycznej w PALIUM Sp. z o. o. z siedzibą w Nowym Mieście, ul. Główny Rynek 12 **zarządzam** co następuje:

§ 1

Powołuję Zespół Terapeutyczny w składzie:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

§ 2

1. Zespół Terapeutyczny powołuję na potrzeby realizacji Programu Wsparcia Domów Opieki Medycznej realizowanego przez PALIUM Sp. z o.o.
2. Zespół Terapeutyczny dokona rekrutacji uczestników Programu w sposób opisany w Regulaminie.
3. Zadaniem ciągłym Zespołu Terapeutycznego jest udzielanie wsparcia uczestnikom programu, koordynowanie działań podejmowanych przez inny wykwalifikowany personel w ramach udzielanego wsparcia oraz prowadzenie ewaluacji uczestników programu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej

Samorząd Województwa Mazowieckiego jest organizatorem Programu Wsparcia Domów Opieki Medycznej.

Celem głównym zadania jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne poprzez wydłużenie czasu pozostania osoby chorej w środowisku zamieszkania.

Od 1 kwietnia 2023 r. na terenie Województwa Mazowieckiego funkcjonować będą Domy Opieki Medycznej dla osób z chorobami otępiennymi. Z Programu mogą korzystać osoby z postawioną diagnozą choroby/zespołu otępiennego **w fazie łagodnej i średniozaawansowanej** choroby i wymagające opieki dziennej.

Przyjęć do DOM dokonuje zespół terapeutyczny. Czas trwania pobytu w domu opieki medycznej ustalany jest indywidualnie przez zespół terapeutyczny.

Domy opieki medycznej funkcjonują przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 9 godzin dziennie w sposób ciągły. Świadczenia w ramach DOM udzielane są **nieodpłatnie**. W ramach DOM nie jest finansowana farmakoterapia.

Uczestnicy DOM mają zapewnione:

- konsultacje psychologiczne;
- zajęcia terapeutyczne;
- treningi funkcji poznawczych;
- treningi umiejętności codziennych;
- terapię zajęciową;
- arteterapię;
- terapię reminiscencyjną;
- trening kulinarny;
- biblioterapię;
- usprawnianie psychofizyczne;
- opiekę pielęgniarską
- zajęcia z edukacji zdrowotnej;
- zajęcia logopedyczne;
- konsultacje dietetyczne;
- konsultacje z pracownikiem socjalnym.

Lista realizatorów Domów Opieki Medycznej dla osób z chorobami otępiennymi:

Centrum Medyczo Diagnostyczne Sp. z o.o.

Miejsce realizacji: ul. Kleeberga 2, 08-110 Siedlce

tel. 791 333 195

e-mail: ddom@centrum.med.pl

Ośrodek Medycyny Pracy Sp. z o.o.

Miejsce realizacji: Oleśnica 132, gmina Wodynie, 08-117 Wodynie

tel. 791 333 195

e-mail: ddom@centrum.med.pl

Centrum Medyczne Józefów Sp. z o.o.

Miejsce realizacji: ul. Olsztyńska 2, 05-300 Mińsk Mazowiecki

tel. 791 333 195

e-mail: ddom@centrum.med.pl

DOM-MED

Miejsce realizacji: ul. gen. I. Prądzyńskiego 4 lok. 2/30, 07-410 Ostrołęka

tel. 500 279 939

e-mail: dominikasutnik@wp.pl; czwureczka@wp.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego Warszawa-Wawer

Miejsce realizacji: SZPZLO Warszawa Wawer, Przychodnia nr 3, ul. Żegańska 13, 04-713

Warszawa

tel. 501 153 789

Fundacja Zdrowie w Głowie

Miejsce realizacji: Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o. w Ząbkach, ul.

Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki

tel. 22 419 72 95

e-mail: fundacjazdrowiewglowie@gmail.com

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Miejsce realizacji:

- o ul. Dolna 42, 00-774 Warszawa

- o ul. Puławska 87, 02-595 Warszawa

tel. 22 11 65 266

e-mail: sekretariat@szpitalnowowiejski.pl

Fundacja Świętych Joachima i Anny

Miejsce realizacji: ul. Cypriana Kamila Norwida 6, 05-282 Strachówka

tel. 791 333 195

e-mail: ddom@centrum.med.pl

Ośrodek Pomocy Zdrowiu Sp. z o.o.

Miejsce realizacji: ul. 11 Listopada, 08-109 Przesmyki

tel. 791 333 195

e-mail: ddom@centrum.med.pl

Palium Sp. z o.o.

Miejsce realizacji: Stara Wrona 19, 09-131 Joniec

tel. -

e-mail: palium@palium.org

Stowarzyszenie na rzecz wspierania rodzin "Nowe Perspektywy"

Miejsce realizacji: ul. Lubońskiego 2, 26-604 Radom

tel. 888 575 582

e-mail: perspektywy.nowe@gmail.com

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

Miejsce realizacji: Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna, ul. Sosnkowskiego 18, III piętro

tel. 500 445 471

e-mail: d.beczko@szpzlo-ochota.pl

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie

Miejsce realizacji: Kostowiec, ul. Matki Dymman 9, 05-831 Młochów

tel. 22 739 48 40

e-mail: kontakt@zoznadarzyn.pl

Barbara Kaczmarek

Miejsce realizacji: ul. Energetyczna 11, 05-500 Piaseczno

tel. 692 253 423

e-mail: -