

1.02.1.-26-18/7  
21.03.2018

## Apdrošināšanas līgums

VSIA "Latvijas Nacionālā opera un balets" darbinieku veselības apdrošināšana

2018. gada 21. martā,  
Rīgā

**ERGO Life Insurance SE** (reģistrēta Lietuvas Republikas Juridisko personu reģistrā ar reģistrācijas Nr.110707135, juridiskā adrese Geležinio Vilko 6A, LT-03507, Viļņa, Lietuva), kuras vārdā Latvijas Republikā darbojas **ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāle** (reģistrēta Latvijas Republikas Komercreģistrā ar vienoto reģistrācijas Nr.40103336441, juridiskā adrese Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013) tās filiāles vadītājas Ingrīdas Ķirses personā, kura rīkojas saskaņā ar valdes lēmumu, turpmāk tekstā – Apdrošinātājs, no vienas puses, un

**VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”** (vienotās reģistrācijas numurs 40103208907, juridiskā adrese: Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050), turpmāk tekstā - APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS, tās valdes priekšsēdētāja Zigmara Liepiņa personā, kurš rīkojas uz statūtu pamata, no otras puses, noslēdz līgumu, turpmāk tekstā - līgums, par sekojošo:

### 1. Līguma priekšmets

1.1. Pamatojoties uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA publiskā iepirkuma procedūras – atklāta konkursa “VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” darbinieku veselības apdrošināšana”, ar iepirkuma identifikācijas Nr. LNO 2018/1, rezultātiem (turpmāk tekstā – publiskais iepirkums), ievērojot šo līgumu un tā pielikumus, APDROŠINĀTĀJS apdrošina APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieku (turpmāk tekstā – darbinieki) un to ģimenes locekļu (laulātais, t.sk. faktiskā kopdzīvē dzīvojošie, bērni un vecāki) (turpmāk tekstā – radnieki) veselību saskaņā ar publiskajam iepirkumam iesniegto tehnisko piedāvājumu (Pielikums Nr.2) (turpmāk – Piedāvājums).

1.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz elektroniskā veidā APDROŠINĀTĀJAM apdrošināmo darbinieku sarakstu (un radnieku sarakstu), savukārt APDROŠINĀTĀJS 5 (piecu) darba dienu laikā izsniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM veselības apdrošināšanas polisi, turpmāk tekstā - polise, kura stājas spēkā 2018. gada 1. aprīlī. Papildus tiek izsniegtas darbinieku un to radnieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes, turpmāk tekstā - kartes.

### 2. Apdrošinājuma summas un apdrošināšanas prēmijas

2.1. Katra APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieka apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija tiek norādīta polisē saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA finanšu piedāvājumu – līguma pielikums Nr.1.

2.2. Radnieku apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija tiek norādīta polisē saskaņā ar līguma pielikumu Nr.13.

2.3. Ievērojot publiskā iepirkuma rezultātu un šo līgumu, gada apdrošināšanas prēmija vienam darbiniekam ir 318.12 euro. APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS veic darbinieku veselības apdrošināšanas prēmijas (kopējā gada apdrošināšanas prēmija, kas samaksājama APDROŠINĀTĀJAM saskaņā ar līguma nosacījumiem, ņemot vērā apdrošināmo darbinieku skaitu sarakstā) (turpmāk tekstā - līgumcena) samaksu četros maksājumos, samaksājot 25% no līgumcenas katrā samaksas reizē. Pirmais maksājums tiek veikts ne vēlāk kā 10 (desmit)

darba dienu laikā pēc attiecīga rēķina un polises saņemšanas no APDROŠINĀTĀJA. Otrs maksājums tiek veikts līdz 2018. gada 1. jūlijam. Trešais maksājums tiek veikts līdz 2018. gada 1. oktobrim. Ceturtais maksājums tiek veikts līdz 2018. gada 20. decembrim. Par katru maksājumu iesniedzams rēķins vismaz desmit darba dienas pirms Līgumā noteiktā maksājuma termiņa. APDROŠINĀTĀJS nosūta APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM rēķinus uz e-pasta adresi: [rekini@opera.lv](mailto:rekini@opera.lv).

2.4. Rēķins tiek uzskatīts par samaksātu brīdī, kad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ir veicis bankas pārskaitījumu uz apdrošinātāja rēķinā norādīto bankas kontu.

2.5. Radnieki, kas iegādājas līguma ietvaros piedāvāto programmu, gada apdrošināšanas prēmiju sedz no saviem personīgajiem finanšu līdzekļiem, ar vienu maksājumu, iemaksu veicot tieši APDROŠINĀTĀJAM. Radnieks ir atbildīgs par savlaicīgu gada apdrošināšanas prēmijas maksāšanu APDROŠINĀTĀJAM par piedāvāto programmu saskaņā ar Līgumu.

2.6. Lai nodrošinātu līguma apkalpošanu (tas ietver arī APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieku un radnieku konsultēšanu par šī līguma nosacījumiem un to izmaiņām) un pārraudzību tā darbības laikā, APDROŠINĀTĀJS maksā licencētai apdrošināšanas brokeru sabiedrībai SIA „R&D apdrošināšanas brokers” (reģ. Nr. 40003947675) par tās pakalpojumu. Atlīdzības apmērs, kuru - APDROŠINĀTĀJS maksās apdrošināšanas brokeru sabiedrībai SIA „R&D apdrošināšanas brokers” ir EUR 5000.00 (pieci tūkstoši eiro 00 centi). SIA „R&D apdrošināšanas brokers” kontaktinformācija: tālrunis + 371 67217490, e-pasts: [info@rdbrokers.lv](mailto:info@rdbrokers.lv).

### 3. Pušu pienākumi

3.1. APDROŠINĀTĀJS apņemas:

3.1.1. ievērot līguma un polises noteikumus;

3.1.2. izsniegt katram apdrošinātajam darbiniekam un radniekam veselības apdrošināšanas karti un detalizētu veselības apdrošināšanas programmās iekļauto pakalpojumu aprakstu;

3.1.3. maksāt apdrošināšanas atlīdzību, līgumā un likumā “Par apdrošināšanas līgumu” minētajos gadījumos, apmērā, kārtībā un termiņā;

3.1.4. veikt atlīdzības izmaksu vai rakstiski paziņot par atlīdzības izmaksas atteikumu, ievērojot līgumu un tā pielikumus, ja darbinieks vai radnieks par līgumā paredzēto pakalpojumu norēķinājies ar personiskajiem līdzekļiem;

3.1.5. informēt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU par aktuālo informāciju APDROŠINĀTĀJA līguma iestāžu sarakstā (publicējot informāciju APDROŠINĀTĀJA mājaslapā);

3.1.6. pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstiska pieprasījuma noslēgt 1 (viena) mēneša laikā sadarbības līgumu ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA norādīto ārstniecības iestādi vai konkrēto licencētu ārstniecības pakalpojumu sniedzēju, ja APDROŠINĀTĀJS un attiecīgā ārstniecības iestāde vai konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem;

3.1.7. līguma darbības laikā nepasliktināt līguma, polises un apdrošināšanas noteikumu nosacījumus, kā arī jebkādā citā veidā neapgrūtināt darbinieku un radnieku iespējas saņemt līgumā paredzētos apdrošināšanas pakalpojumus;

3.1.8. veikt uzskaiti par darbinieku izmantoto pakalpojumu apjomu un pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA pieprasījuma sniegt atskaiti par darbinieku izmantoto pakalpojumu apmēru saskaņā ar šo līgumu attiecīgajā laika periodā ar mērķi statistikas datu apkopošanai, ievērojot spēkā esošās tiesību normas par personas datu aizsardzību;

3.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS apņemas:

3.2.1. ievērot līguma un polises noteikumus;

3.2.2. informēt darbiniekus un radniekus par līguma noteikumiem – saņemt veselības apdrošināšanas pakalpojumu;

3.3. Saņemot līgumā paredzētos pakalpojumus APDROŠINĀTĀJA nelīguma iestādē, darbinieks un radnieks par šiem pakalpojumiem maksā no saviem līdzekļiem, bet APDROŠINĀTĀJS pēc tam atlīdzina šos izdevumus līgumā noteiktajā kārtībā.

3.4. Apdrošinājumaņēmējs mēneša laikā no individuālo veselības apdrošināšanas karšu saņemšanas dienas iesniedz Apdrošinātājam apdrošināto personu parakstītus rakstiskus apliecinājumus, ka tās ir iepazīstinātas ar individuālās apdrošināšanas kartes lietošanas kārtību. Parakstot minēto apliecinājumu, Apdrošinātās personas saskaņā ar spēkā esošajām tiesību normām apliecina, ka tās ir informētas un piekrīt, ka apdrošināšanas pakalpojuma saņemšanai Apdrošinātājs kā personas datu pārzinis un personas datu apstrādātājs ar mērķi nodrošināt līguma un no līguma izrietošo saistību izpildi, ir tiesīgs un pilnvarots saņemt no citām juridiskām vai fiziskām personām Apdrošināto personu datus, apstrādāt visus saņemtos personu datus, t. sk. sensitīvos personas datus un personas identifikācijas kodus.

#### **4. Izmaiņu veikšana Darbinieku sarakstā**

4.1. Ja līguma darbības laikā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS apdrošina jauna darbinieka veselību, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz rakstisku paziņojumu (elektroniski, nosūtot e-pastu 7.1.2 punktā norādītajai kontaktpersonai) APDROŠINĀTĀJAM, norādot tajā apdrošināmā darbinieka vārdu, uzvārdu, personas kodu un apdrošināšanas programmu. Apdrošinot jaunus darbiniekus, APDROŠINĀTĀJS izsniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM jaunā darbinieka karti ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstveida pieteikuma saņemšanas.

4.2. Apdrošināšanas prēmiju par papildus apdrošināmo darbinieku nosaka, aprēķinot to proporcionāli atlikušajam līguma darbības laikam par pilniem mēnešiem saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM iesniegto APDROŠINĀTĀJA apdrošināšanas piedāvājumu.

4.3. Ja ar apdrošināto darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības un pārtraukta apdrošināšanas aizsardzība, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS par to rakstiski paziņo un iesniedz attiecīgā darbinieka karti APDROŠINĀTĀJAM.

4.4. Puses Līguma 4.3. punktā minētajā gadījumā:

4.4.1. vienojoties izdara attiecīgus grozījumus darbinieku sarakstā;

4.4.2. apdrošināšanas segums attiecībā uz šo darbinieku, ar kuru darba tiesiskās attiecības ir izbeigtas, tiek pārtraukts ar nākamā mēneša 1. datumu pēc tam, kad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA līguma 7.1.punktā norādītā pilnvarotā persona ir nosūtījusi informāciju par to APDROŠINĀTĀJAM un bijušā darbinieka karti;

4.4.3. samaksātās, bet neizmantotās apdrošināšanas prēmijas daļu APDROŠINĀTĀJS, pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA līguma 7.1.punktā norādītās pilnvarotās personas informācijas saņemšanas, pārskaita uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA bankas kontu.

4.4.4. Saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA Piedāvājumu izmaiņas apdrošināto personu sarakstā tiek veiktas visā apdrošināšanas perioda laikā vienu reizi mēnesī ar katra mēneša 1. datumu

#### **5. Līguma darbības termiņš**

5.1. Līgums stājas spēkā 2018. gada 21. martā, tā darbība ir līdz līgumā noteikto saistību izpildei. Polises darbības termiņš 1 gads, skaitot no 2018. gada 1.aprīļa - un darbojas līdz 2019.gada 31.martam.

5.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusējā kārtā izbeigt Līgumu - 1 (vienu) mēnesi iepriekš rakstiski brīdinot APDROŠINĀTĀJU.

5.3. Līguma darbība var tikt izbeigta arī Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, kā arī pusēm atsevišķi rakstiski par to vienojoties.

5.4. Līguma pirmstermiņa izbeigšanas gadījumā, aprēķinot atmaksājamo neizmantotās apdrošināšanas prēmijas daļu, APDROŠINĀTĀJS neietur izdevumus par administratīvajām izmaksām.

## 6. Pušu atbildība un strīdu izšķiršanas kārtība

6.1. Ja APDROŠINĀTĀJS sniedz pakalpojumu, atkāpjoties no sava piedāvājuma (jebkurā tā daļā, izņemot līgumā pieļauto) (kas iesniegts un izvērtēts konkursā – kā arī pievienots līgumam), APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz par to rakstisku pretenziju APDROŠINĀTĀJAM, norādot līguma pārkāpumu, kā arī piemēro par šo pārkāpumu APDROŠINĀTĀJAM līgumsodu 5% no līgumcenas. APDROŠINĀTĀJS samaksā līgumsodu desmit darba dienu laikā, skaitot no pretenzijas saņemšanas dienas. Līgumsoda samaksāšana nav pamats neatbilstību nenovērst, visas neatbilstības APDROŠINĀTĀJS novērš bez kavēšanās, un informē par to APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJU. Nenovēršanas gadījumā vai APDROŠINĀTĀJA pieļauta atkārtota līguma pārkāpuma gadījumā - APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS var vienpusēji lauzt līgumu 6.2.punktā noteiktā kārtībā. Attiecībā uz tālāk tekstā minēto sarakstu grozīšanu – par atkāpšanos no piedāvājuma tiek uzskatīts, ja APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS konstatē:

- līgumiestāžu saraksts (pielikums Nr.18) grozīts jeb ārstniecības iestāžu skaita samazinājums ir vairāk par 15% nekā APDROŠINĀTĀJA piedāvājumā noteikts;
- medicīnas pakalpojumu sarakstā (kas saņemami ar apdrošināšanas karti, bez apdrošinātāja līdzmaksājuma – medicīnas iestādēs SIA “Medicīnas sabiedrība ARS” un SIA “Veselības centrs 4” un filiāles) piedāvājums grozīts jeb nopirkto pakalpojumu samazinājums ir vairāk par 15 % nekā APDROŠINĀTĀJA piedāvājumā noteikts.

6.2. Ja iestāji Līguma 6.1.gadījums par neatbilstības nenovēršanu vai atkārtota pārkāpuma gadījumā, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS var lauzt līgumu vienpusējā kārtā, par to brīdinot otru pusi 30 dienas iepriekš. Ja līgums tiek lauzts šajā punktā noteiktajā gadījumā, APDROŠINĀTĀJS maksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM līgumsodu 10% apmērā no līgumcenas, kā arī atlīdzina zaudējumus. Šajā gadījumā APDROŠINĀTĀJAM ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību arī par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies pirms apdrošināšanas līguma laušanas.

6.3. APDROŠINĀTĀJS var lauzt apdrošināšanas līgumu un ir tiesības saņemt līgumsodu 10% apmērā no līgumcenas, ja APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS nemaksā līgumā paredzētos maksājumus jeb apdrošināšanas prēmiju par APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJA darbinieku veselības apdrošināšanu, kavējuma laiks ir vismaz viens mēnesis, un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS saņēmis pretenziju no APDROŠINĀTĀJA, bet kavējumu nav novērsis desmit darba dienu laikā.

6.4. Puses tiek atbrīvotas no atbildības par Līguma nepildīšanu, ja Līguma izpilde nav iespējama nepārvaramas varas dēļ, vai ārkārtēju apstākļu ietekmes rezultātā, kurus attiecīgā no pusēm nevarēja paredzēt, novērst, ietekmēt, un par kuru rašanos nenes atbildību, t.i., bet ne tikai – stihiskas nelaimes, kara darbība, blokāde, terora akti, civiliedzīvotāju nemieri, streiki.

6.5. Katra no pusēm, kuru Līguma ietvaros ietekmē nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties par to informē otru pusi, pēc kā puses lemj par Līguma turpmāko izpildi.

6.6. Visi strīdi, kas starp Pusēm rodas Līguma sakarā, vispirms tiek risināti savstarpējās sarunās. Visi strīdi vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, tiek izskatītas un uz tām tiek sniegtas atbildes 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā.

6.7. Ja sarunu gaitā strīds nav noregulēts un kāda no pusēm uzskata, ka tas sarunu gaitā nav iespējams, strīds tiek izšķirts tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

6.8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS piekrīt un nodod, savukārt APDROŠINĀTĀJS pieprasa un saņem informāciju par darbiniekiem, ievērojot pakalpojuma specifiku un Latvijas Republikai saistošos tiesību aktus. APDROŠINĀTĀJS apņemas nodrošināt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA un apdrošināto darbinieku personas datu aizsardzību un

neizpaušanu saskaņā ar spēkā esošajām tiesību normām, kas nosaka fizisko personu datu aizsardzību.

6.9. Puses nodrošina Līguma izpildes laikā iegūtās informācijas un datu konfidencialitāti, ievērojot spēkā esošajos likumos noteiktos izņēmumus.

## 7. Nobeiguma jautājumi:

7.1. Pušu pilnvarotās personas Līguma saistību izpildei:

7.1.1. no APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA puses – Daina Gailīte, LNOB personāla speciāliste (tālrunis: 67073735, e-pasts: [daina.gailite@opera.lv](mailto:daina.gailite@opera.lv));

7.1.2. no APDROŠINĀTĀJA puses - Gerda Lūse, ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāles Veselības apdrošināšanas risku parakstīšanas un produktu attīstības nodaļas Riska parakstītāja (tālrunis: (+371) 67081881, fakss: e-pasts: [gerda.luse@ergo.lv](mailto:gerda.luse@ergo.lv)).

7.2. Pusēm ir pienākums nekavējoties rakstveidā paziņot par izmaiņām pušu juridiskajā formā, nosaukumā, adresē, kontakttelefonu un kontaktpersonu norādēs, vai citā līdzīga satura informācijā, kas ir nepieciešama pušu līgumisko saistību izpildei.

7.3. Līgumam tiek pievienoti pielikumi, kas ir tā neatņemama sastāvdaļa:

7.3.1. Pielikums Nr.1 - Finanšu piedāvājums (uz 1 lapas).

7.3.3. Pielikums Nr.2 - Tehniskais piedāvājums (uz 7 lapām).

7.3.4. Pielikums Nr.3 - Veselības apdrošināšanas programmu detalizēts apraksts (uz 3 lapām).

7.3.5. Pielikums Nr.4 - Iepriekš saskaņojamie pakalpojumi un to saskaņošanas kārtība (uz 2 lapām).

7.3.6. Pielikums Nr.5 – Pakalpojumu saraksts, par kuriem apdrošinātajai personai sākotnēji jānorēķinās no personīgajiem līdzekļiem (uz 1 lapas).

7.3.7. Pielikums Nr.6 - Vispārējie izņēmumi (uz 2 lapas).

7.3.8. Pielikums Nr.7 – Īpašie noteikumi (uz 1 lapas).

7.3.9. Pielikums Nr.8 – Apliecinājums par tehnisko piedāvājumu.

7.3.10. Pielikums Nr.9 – Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība (uz 2 lapām).

7.3.11. Pielikums Nr.10 – Veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniedzamie dokumenti (uz 1 lapas).

7.3.12. Pielikums Nr.11 – Izmaiņu veikšana apdrošināto personu sarakstā apdrošināšanas perioda laikā (uz 1 lapas).

7.3.13. Pielikums Nr.12 – Citi apdrošināšanas noteikumi (uz 2 lapām).

7.3.14. Pielikums Nr.13 – Pasūtītāja darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšana (uz 1 lapas).

7.3.15. Pielikums Nr.14 - Pretendenta cenrādis par līguma iestādēs nenopirktajiem un nelīguma iestādēs saņemtajiem pakalpojumiem (uz 1 lapas).

7.3.16. Pielikums Nr.15 - Laboratorisko izmeklējumu saraksts (uz 7 lapām).

7.3.17. Pielikums Nr.16 – Ergo noteiktais apdrošināšanas atlīdzības apmērs pakalpojuma saņemšanai iestādēs, kuras nav Ergo līgumiestādes, programmai GLORIA PLUS (uz 1 lapas).

7.3.18. Pielikums Nr.17 - Medicīnas pakalpojumu saraksts, kas saņemami ar apdrošināšanas karti, bez apdrošināto personu līdzmaksājuma šādās medicīnas iestādēs SIA „Veselības centrs 4” un filiāles, SIA „Medicīnas sabiedrība ARS” (uz 4 lapām).

7.3.19. Pielikums Nr.18 – līgumiestāžu saraksts (kopā uz 12 lapām).

7.3.20. Pielikums Nr.19. – Saraksts veselības apdrošināšanas papildprogrammai (uz 2 lapām).

7.4. Ja rodas pretrunas starp Līguma noteikumiem, tad puses piemēro primāri Līguma speciālo noteikumu – APDROŠINĀTĀJA Tehniskā piedāvājuma nosacījumus.

7.5. Līguma grozījumi stājas spēkā tikai tad, ja tie noformēti rakstiski, parakstīti no abām pusēm, kļūstot par Līguma neatņemamu sastāvdaļu.

7.6. Līgums sagatavots uz 6 lapām, parakstīts 2 (divos) identiskos eksemplāros. Tas glabājas pa vienam eksemplāram pie katras no pusēm.

### 8. Pušu rekvizīti un paraksti:

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS:  
VSIA „Latvijas  
Nacionālā opera un  
balets”  
Reģ. Nr.: 40103208907  
Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050  
Banka: Valsts Kase  
Kods: TREL LV22  
Konta Nr.: LV19TREL9220500000000

Valdes priekšsēdētājs Zigmars Liepiņš

z.v.



APDROŠINĀTĀJS:  
ERGO Life Insurance SE  
Latvijas filiāle  
Reģ.nr.40103336441  
Skanstes iela 50, Rīgā, LV-1013  
AS Luminor Banka,  
Konta nr.  
LV60RIKO0002010090449

Filiāles vadītāja Ingrīda Ķirse

z.v.

