

## UMOWA - wzór

w dniu ..... 2019r. w Nowym Tomysłu pomiędzy **Powiatem Nowotomyskim** reprezentowanym:

1. **Andrzej Wilkoński** - **Starosta Nowotomyski**
2. **Marcin Brambor** - **Wicestarosta Nowotomyski**

zwanym dalej Zamawiającym

a

.....  
.....  
zarejestrowanym w Izbie Lekarskiej pod numerem .....

zwanym dalej Wykonawcą uprawnionym do wykonania prac objętych niniejszą umową

Umowa została zawarta z wyłączeniem stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1986, ze zm.) na podstawie art. 4 pkt. 8.

### § 1

Przedmiotem Umowy jest świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. z 1961 r. Nr 39 poz. 202) osobom zmarłym w granicach administracyjnych powiatu nowotomyskiego (dalej: Usługa), w przypadku niemożności ustalenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie odpowiadającego za stwierdzenie zgonu zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 912).

### § 2

1. Każdorazowa Usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane telefonicznie przez Policję (zgłoszenie), potwierdzone pisemnie zgodnie z wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy. Usługa zostanie potwierdzona przez lekarza realizującego zlecenie, funkcjonariusza Policji obecnego w miejscu wykonywania czynności w „Dokumencie stwierdzenia zgonu”, stanowiącym Załącznik nr 2 do umowy.
2. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zlecenia przez Wykonawcę.
3. Usługa świadczona będzie przez całą dobę we wszystkie dni w tygodniu (w dni wolne od pracy, niedzielę i święta) wraz z całodobową dostępnością numeru telefonu, pod którym

- Komenda Powiatowa Policji w Nowym Tomysłu będzie mogła dokonać zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, gdzie znajdują się zwłoki.
4. Karta zgonu powinna być wypełniona przez Wykonawcę na obowiązującym ustawowo druku.
  5. Zgłoszenia będą przekazywane Wykonawcy według potrzeb telefonicznie pod numer .....
  6. Wykonawca po otrzymaniu zgłoszenia zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki, nie później niż w okresie dwóch godzin od powiadomienia.
  7. Dopuszcza się możliwość realizacji Usług udziałem podwykonawców. O realizacji Usługi przez innego lekarza, Wykonawca pisemnie informuje Wydział Administracyjno-Organizacyjny i Zarządzania Kryzysowego Starostwa Powiatowego w Nowym Tomysłu, przy czym numer telefonu o którym mowa § 2 ust 5 pozostaje bez zmian.
  8. W przypadku realizacji Usługi przez wielu lekarzy, Wykonawca składa do Wydziału Administracyjno-Organizacyjny i Zarządzania Kryzysowego Starostwa Powiatowego w Nowym Tomysłu imienną listę lekarzy z podaniem planowanej daty dyżuru. Przedmiotowa lista lekarzy musi być przedłożona Wydziałowi najpóźniej ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji Usługi. Numer telefonu, o którym mowa § 2 ust 5 pozostaje bez zmian

### § 3

1. Strony ustalają wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu Umowy w kwocie ..... zł brutto (słownie ..... ) za jedną zrealizowaną Usługę (wynagrodzenie obejmuje wszystkie czynności związane z Usługą np. koszty dojazdu, koszt połączeń telefonicznych itp.).
2. Wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, nie ulegnie zmianie przez cały okres trwania umowy.
3. Wynagrodzeniem Wykonawcy za realizację Usługi w danym miesiącu, będzie kwota stanowiąca iloraz liczby dokonanych Usług oraz stawki brutto, o której mowa w ust. 1.
4. Łączna wysokość wynagrodzenia za Usługi realizowane w 2019 r. nie może przekroczyć kwoty , którą Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia będącej wartością Umowy - w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....).
5. Miesięczne wynagrodzenie z tytułu realizacji Usług będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na konto wskazane na fakturze lub rachunku w terminie 30 dni od daty przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT/rachunku.
6. Faktury należy wystawiać na: Nabywca: Powiat Nowotomyski ul. Poznańska 33, 64-300 Nowy Tomyśl NIP: 788-19-7-876 Odbiorca: Starostwo Powiatowe w Nowym Tomysłu ul. Poznańska 33, 64-300 Nowy Tomyśl.
7. Podstawą wystawienia faktury VAT/rachunku za dany miesiąc będą każdorazowo potwierdzone przez funkcjonariusza Policji i Wykonawcę „**Dokument stwierdzenia zgonu**” określający czas wykonania czynności oraz miejsce zdarzenia, którego wzór stanowi Załącznik Nr 2 do Umowy. Oryginał „**Dokumentu stwierdzenia zgonu**” należy dołączyć do składanej faktury VAT/rachunku.
8. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

#### § 4

1. Umowa obowiązuje na czas określony od dnia jej podpisania do **31.12.2019r.** lub do wyczerpania kwoty wskazanej w §3 ust. 4, z zastrzeżeniem ust.2.
2. Zamawiający zastrzega sobie wyłączne prawo do przedłużenia niniejszej umowy poprzez zwiększenie kwoty, o której mowa w § 3 ust. 4.  
Powyższa czynność będzie skuteczna i wiążąca dla stron pod warunkiem, że Zamawiający uprzedzi o tym Wykonawcę poprzez złożenie stosownego oświadczenia w formie pisemnej.
3. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania Usługi Zamawiającemu przysługuje prawo do rozwiązania Umowy w każdym czasie bez okresu wypowiedzenia.

#### § 5

Wykonawca odpowiada za wszelkie szkody wyrządzone komukolwiek w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem przedmiotu Umowy.

#### § 6

Wszystkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 7

Strony ustalają, że w razie powstania sporu nierozstrzygniętego polubownie, do jego rozpatrzenia właściwy miejscowo będzie Sąd Powszechny dla siedziby Zamawiającego.

#### § 8

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz. U. z 2018r. poz. 1025 z późn. zm), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r. poz. 160 z późn. zm), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018r. Poz. 617 z późn. zm), ustawy z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017r. poz. 912 z późn. zm) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2015 r. poz. 231), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961r. poz. 202).

#### § 9

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, 2 egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy.

**Zamawiający**

**Wykonawca**

## KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU DLA WYKONAWCY

**ZGŁOSZENIE** (wypełnia funkcjonariusz Policji przekazujący zgłoszenie lekarzowi):

DATA PRZEKAZANIA ZGŁOSZENIA LEKARZOWI:

Rok ..... miesiąc: ..... dzień: ..... godzina: ..... minuta: .....

NAZWISKO I IMIĘ FUNKCJONARIUSZA POLICJI PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE :

.....  
.....

NR SŁUŻBOWY:.....

Oświadczenie funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:

*Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza w sprawie stwierdzenia zgonu, wykonałem/wykonałam niezbędne czynności mające na celu ustalenie rodziny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.*

Podpis funkcjonariusza Policji przekazującego

zgłoszenie:.....

Otrzymują:

1. Starostwo Powiatowe w Nowym Tomyślu
2. Wykonawca
3. Policja – a/a

## DOKUMENT STWIERDZENIA ZGONU

### **STWIERDZENIE ZGONU** (wypełnia lekarz realizujący zlecenie):

DATA PRZYJAZDU LEKARZA NA MIEJSCE:

Rok..... miesiąc: ..... dzień: .....godzina: ..... minuta: .....

IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO:.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZMARŁEGO:.....

MIEJSCE UJAWNIENIA ZWŁOK:.....

.....  
(adres lub opis miejsca)

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO ZGON:.....

**Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:**

*Oświadczam, że stwierdziłem/stwierdziłam zgon i wystawiłem/wystawiłam kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/zamieściłam powyżej.*

Podpis i pieczętka lekarza stwierdzającego zgon:

.....

Podpis funkcjonariusza Policji obecnego przy podejmowanych czynnościach:

.....

Nr służbowy

Policjanta:.....