

UMOWA NR .....

**o świadczenie usług stwierdzenia zgonu osobom zmarłym na terenie  
powiatu nowotomyskiego**

zawarta w dniu .....2024 r. w Nowym Tomyślu pomiędzy Powiatem Nowotomyskim reprezentowanym przez:

- 1. Andrzeja Wilkońskiego - Starostę Nowotomyskiego**
- 2. Marcina Brambor - Wicestarostę Nowotomyskiego**

zwanym dalszej części umowy „Zamawiającym”

**a**

Uprawnioną do wykonania prac objętych niniejszą umową, zwanymi dalej „Wykonawcą”.

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 roku, poz. 887 z późn. zm.) jest świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu, a także w miarę możliwości ustalenia przyczyny zgonu i wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w granicach administracyjnych powiatu nowotomyskiego, w przypadku niemożności ustalenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie odpowiadającego za stwierdzenie zgonu. Dodatkowo zaznacza się, iż niniejsza umowa nie dotyczy poza szpitalnych zgonów osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 albo podejrzanych o zakażenie tym wirusem.
2. Wykonawca w ramach realizacji Umowy zobowiązuje się do stwierdzenia zgonu, a także w miarę możliwości do ustalenia przyczyny zgonu i wystawienia karty zgonu, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 roku w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2023 r. poz. 2734).

**§ 2**

1. Usługa będzie wykonana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane telefonicznie przez funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji w Nowym Tomyślu potwierdzone pisemnie zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia realizacji usługi po otrzymaniu zlecenia, o którym mowa w ust. 1.

3. Usługa zostanie potwierdzona przez Wykonawcę oraz funkcjonariusza Policji obecnego w miejscu wykonywania czynności w dokumencie, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

### § 3

1. Zlecenie zostanie przekazane Wykonawcy telefonicznie pod numer telefonu ..... dostępny przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu w okresie trwania umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najkrótszym czasie, nie dłuższym jednak niż 6 godzin od momentu otrzymania zgłoszenia przez funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji w Nowym Tomysłu.

### § 4

1. Za wykonanie jednorazowej usługi stwierdzenia zgonu, o której mowa w § 1, wliczając koszt dojazdu na miejsce zdarzenia, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości ..... **zł brutto** (słownie:.....).
2. Wykonawca zobowiązuje się wystawić fakturę za zrealizowane w danym miesiącu kalendarzowym wezwania w terminie do piątego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego. Dane zamawiającego niezbędne do wystawienia faktury: Nabywca: Powiat Nowotomyski ul. Poznańska 33, 64-300 Nowy Tomyśl NIP: 788-19-17-876 Odbiorca: Starostwo Powiatowe w Nowym Tomysłu, ul. Poznańska 33, 64-300 Nowy Tomyśl.
3. Podstawą wystawienia faktury VAT/rachunku za dany miesiąc będą każdorazowo określający czas wykonania czynności oraz miejsce zdarzenia. Oryginał karty zgłoszenia zgonu oraz dokumentu stwierdzenia zgonu należy dołączyć do składanej faktury VAT/rachunku.
4. Wynagrodzenie stanowić będzie iloczyn liczby jednorazowych zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym wezwań i wyżej wskazanej stawki wynagrodzenia.

### § 5

1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji usługi określonej w § 1 Umowy będzie wypłacone Wykonawcy na podstawie wystawionej faktury przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w terminie do 14 dni od daty przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury przez Wykonawcę.
2. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
3. Zamawiający oświadcza, że będzie realizować płatności za faktury z zastosowaniem mechanizmu podzielonej płatności, tzw. split payment. Oświadczenie Wykonawcy stanowi załącznik nr 3 do umowy.

### § 6

1. Umowę zawarto na czas określony od ..... do 31 grudnia 2024 roku.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku niewykonania lub niezgodnego z treścią Umowy wykonania usługi objętej przedmiotem Umowy w każdym czasie bez okresu wypowiedzenia.

### § 7

Wszystkie zmiany Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 8**

Spory związane z wykonaniem niniejszej Umowy strony zgodnie poddają sądowi właściwemu dla siedziby Zamawiającego.

**§ 9**

W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny i ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

**§ 10**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....  
Zamawiający

.....  
Wykonawca

Piotr Brudło  
  
radca prawny

SKARBNIK POWIATU  
  
Barbara Golon

## 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:**

***1. 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.\****

***2. Oświadczam, że ustaliłem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz odmówił przyjazdu na miejsce zgonu (notatka w załączeniu).\****

*\* właściwe podkreślić*

**Czytelny podpis funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie: .....**

**Otrzymują:**

1. Starostwo Powiatowe w Nowym Tomysłu
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:**.....

.....

....., dnia .....

(nazwa, adres Wykonawcy, NIP, REGON)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany rachunek bankowy płatności do umowy nr ..... z dnia ..... należy do firmy .....(nazwa firmy) i został dla niego wydzielony rachunek VAT na cele prowadzonej działalności gospodarczej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2023 r. poz. 1570 z późn. zm.).

.....

(czytelny podpis)