

UMOWA NR PS-II

w sprawie świadczenia usługi w zakresie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie powiatu słupskiego

zawarta w dniu w Słupsku

pomiędzy:

Powiatem Słupskim, z siedzibą w Słupsku przy ulicy Szarych Szeregów 14, zwanym dalej „**Zamawiającym**”, reprezentowanym przez:

..... - **Starostę Słupskiego**

..... - **Wicestarostę**

przy kontrasygnacie

..... - **Skarbnika Powiatu Słupskiego**

a

....., zwanym dalej „**Wykonawcą**”.

z wyłączeniem przepisów art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1986 z późn. zm.)

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usługi polegającej na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawieniu karty zgonu osobom zmarłym na terenie powiatu słupskiego w sytuacjach, o których mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912) oraz rozporządzeniu 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).

2. Usługa, o której mowa w ust. 1 będzie realizowana w sytuacjach, kiedy do stwierdzenia zgonu, ustalenia jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu nie będzie można ustalić lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie, odpowiadającego za stwierdzenie zgonu lub z innych uzasadnionych przyczyn lekarz nie będzie mógł dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, nie będzie można ustalić lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad rejonem/terenem, w którym znajdują się zwłoki, a zgon nie został stwierdzony

przez lekarza, wezwanego do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, zgodnie z ustawą i rozporządzeniem, o których mowa w ust. 1.

3. Każdorazowa usługa będzie wykonywana przez Wykonawcę w oparciu o odrębne zlecenie na uzasadnione telefoniczne wezwanie funkcjonariusza Policji będącego na miejscu zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, potwierdzone w „Karcie stwierdzenia zgonu”, stanowiącej załącznik nr 2 do umowy.

4. Przyjmujący zgłoszenie od funkcjonariusza Policji jest zobowiązany do weryfikacji zgłoszenia pod kątem wykonania przez zgłaszającego czynności w kierunku uzyskania karty zgonu od lekarza, o którym mowa w ust. 2 umowy.

5. Wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1 należy potwierdzić w formularzu dotyczącym zgonów (sprawozdanie miesięczne), stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

6. Karta zgonu powinna być wypełniona przez Wykonawcę na obowiązującym ustawowo druku.

§ 2. 1. Usługa będzie realizowana przez całą dobę we wszystkie dni w tygodniu, dni wolne od pracy, niedziele i święta wraz z całodobową dostępnością numeru telefonu, pod który funkcjonariusz Policji będzie mógł wezwać lekarza do przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.

2. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zlecenia przez Wykonawcę.

3. Zlecenia będą przekazywane Wykonawcy wg potrzeb telefonicznie pod numer telefonu:

4. Wykonawca po przyjęciu zlecenia zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w czasie nie dłuższym niż dwie godziny od momentu wezwania przez funkcjonariusza Policji.

5. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy osobiście, a w sytuacjach niemożności wykonania przedmiotu umowy, np. choroba, urlop itp., Wykonawca zobowiązuje się zapewnić zastępstwo na czas swojej usprawiedliwionej nieobecności, tj. powierzyć wykonanie zlecenia osobie trzeciej spełniającej warunki do świadczenia usług będących przedmiotem umowy z zastrzeżeniem, że za jej działanie Wykonawca odpowiada jak za swoje działanie.

6. Wykonawca czy też osoby go reprezentujące, oraz osoby którym powierzył wykonanie zlecenia zobowiązane są do zachowania tajemnicy wszelkich informacji, których ujawnienie byłoby sprzeczne z interesem Zamawiającego.

7. Wykonawca zobowiązuje się także do nie udostępniania osobom trzecim jakichkolwiek informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy bez pisemnej zgody Zamawiającego, chyba że obowiązek udostępnienia informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa.

§ 3. 1. Za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu, o których mowa w § 1, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości **zł brutto** (słownie: **zł**).

2. Wynagrodzenie miesięczne Wykonawcy stanowić będzie iloczyn liczby jednorazowych czynności faktycznie wykonanych w danym miesiącu obowiązywania umowy i stawki wynagrodzenia, o której mowa w ust. 1.

3. Podstawą wystawienia przez Wykonawcę faktur będzie formularz dotyczący zgonów (sprawozdanie miesięczne), o którym mowa w § 1 ust. 5 oraz „Karty stwierdzenia zgonu”, o których mowa w § 1 ust. 3.

4. Faktury za wykonanie przedmiotowej umowy Wykonawca wystawi na adres: Powiat Słupski, ul. Szarych Szeregów 14, 76-200 Słupsk. NIP 839-25-87-150 w terminie do 7 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

5. Środki finansowe z tytułu realizacji czynności określonych w § 1 umowy zostaną przekazane z budżetu powiatu słupskiego: **Dział 851; Rozdział 85195; § 4300** na wskazane przez Wykonawcę konto w terminie 7 dni, licząc od dnia następującego po dniu otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

§ 4. 1. Wykonawca odpowiada za wszelkie szkody wyrządzone komukolwiek w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem przedmiotu umowy.

2. Każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Wykonawcę obciążony będzie karą umowną w wysokości 200,00 złotych.

§ 5. 1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od 01 stycznia 2019 roku do 31 grudnia 2019 roku.

2. Strony zastrzegają sobie możliwość zmiany umowy w czasie jej trwania, przy czym wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

3. Wypowiedzenie umowy może nastąpić przez każdą ze Stron, w formie pisemnej z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

4. Zamawiającemu przysługuje uprawnienie do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień umowy.

§ 6. Za realizację umowy ze strony Zamawiającego odpowiedzialność ponosi - naczelnik Wydziału Polityki Społecznej. Za realizację umowy ze strony Wykonawcy odpowiedzialność ponosi

§ 7. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1963 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2018 r., poz. 1025 z późn. zm.), ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912), 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), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. z 2015 r., poz. 231).

§ 8. 1. Wszelkie sprawy sporne powstałe w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, Strony poddają rozstrzygnięciu sądowi właściwemu, ze względu na siedzibę Zamawiającego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Spory między Stronami powstające w związku z realizacją umowy w pierwszej kolejności rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słuszych interesów Stron.

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

.....
Wykonawca

.....
Zamawiający

.....

.....

KARTA STWIERDZENIA ZGONU

STWIERDZENIE ZGONU (wypełnia lekarz realizujący zlecenie):

DATA PRZYJAZDU LEKARZA NA MIEJSCE:

Rok: miesiąc: dzień: godzina: minuta:

NAZWISKO I IMIĘ ZMARŁEGO:

MIEJSCE UJAWNIENIA ZWŁOK (adres lub opis miejsca):

.....
.....

Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczam, że stwierdziłem zgon i wystawiłem kartę zgonu na imię i nazwisko zamieszczone powyżej.

Czytelny podpis lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczenie funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:

Oświadczam, że przed wezwaniem lekarza do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu wykonałem/wykonałam niezbędne czynności mające na celu ustalenie i wezwanie lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie i lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad rejonem/terenem, w którym znajdują się zwłoki, odpowiadających za stwierdzenie zgonu.

Godzina zgłoszenia:

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej, z którym kontaktował się funkcjonariusz Policji lub członek rodziny:

.....
.....
.....

Przyczyna odmowy stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu przez ustalonego lekarza:

.....
.....
.....

Czytelny podpis funkcjonariusza Policji:

.....

Nr służbowy funkcjonariusza:

Otrzymują:

1. Starostwo Powiatowe w Słupsku
2. Wykonawca
3. Policja

