

- Projekt -

UMOWA
zawarta dnia pomiędzy:

Powiatem Wodzisławskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, ul. Bogumińska 2, 44-300 Wodzisław Śląski, NIP 647-21-75-218, Regon 276255230, który reprezentują:

- 1) **Pan Ireneusz Serwotka - Starosta Wodzisławski,**
 - 2) **Pan Grzegorz Kamiński – Wicestarosta,**
- zwanym dalej *Zamawiającym*,

a

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

zwanym dalej *Wykonawcą*.

§ 1

1. Zamawiający powierza a Wykonawca przyjmuje do wykonania usługę polegającą na stwierdzaniu i ustalaniu przyczyn zgonu oraz wystawianiu kart zgonu (zwaną dalej „Usługą”) w sytuacjach, o których mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 2126 ze zm.), zwanej dalej „Ustawą” oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyn (Dz. U. z 1961r., Nr 39, poz. 202), zwanym dalej „Rozporządzeniem” dotyczących osób zmarłych w granicach administracyjnych Powiatu Wodzisławskiego.
2. Zamawiający zleci usługę wyłącznie sytuacji, kiedy do wystawienia aktu zgonu i ustalenia jego przyczyny nie są zobowiązane inne osoby zgodnie z przepisami Ustawy i Rozporządzenia.

§ 2

1. Każdorazowa Usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane ustnie jako zgłoszenie funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji, potwierdzone pisemnie w „Karcie zgłoszenia zgonu dla wykonawcy”, sporządzonej zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Wykonanie Usługi zostanie potwierdzone przez lekarza realizującego zlecenie oraz funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji obecnego w miejscu wykonywania czynności w „Dokumencie stwierdzenia zgonu”, sporządzonym zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do niniejszej umowy.
3. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zgłoszenia przez Wykonawcę.

§ 3

1. Zgłoszenia będą przekazywane Wykonawcy wg potrzeb, telefonicznie, całodobowo pod następujące numer/numery telefonu....., bądź osobiście w miejscu zamieszkania tj.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przybycia na miejsce, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najkrótszym czasie od momentu zgłoszenia mu przez funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji konieczności wykonania usługi.

§ 4

1. Za każdorazowe wykonanie Usługi, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie jednostkowe w wysokości zł brutto (słownie: złotych).
2. Odbioru przedmiotu zamówienia, o którym mowa w § 1 niniejszej umowy dokonuje każdorazowo funkcjonariusz Komendy Powiatowej Policji, podpisując „Dokument stwierdzenia zgonu” określający czas wykonania czynności oraz miejsce zdarzenia, opatrzony podpisem i pieczęcią lekarza stwierdzającego zgon, sporządzony zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do umowy.
3. Wynagrodzenie z tytułu realizacji czynności określonych w § 1 niniejszej umowy będzie płatne przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w treści faktury lub rachunku, w terminie 30 dni od daty dostarczenia do siedziby Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT/rachunku wraz z oryginałem „Dokumentu stwierdzenia zgonu” podpisanym przez funkcjonariusza Komendy Powiatowej Policji i Wykonawcę. Rachunek lub faktura VAT ma być wystawiona na nabywcę: Powiat Wodzisławski, NIP 647-21-75-218, 44-300 Wodzisław Śląski, ul. Bogumińska 2.
4. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
5. Łączna wartość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 w okresie trwania niniejszej umowy nie przekroczy kwoty **3 300 zł** brutto.
6. Wykonawca może przelewać wierzytelności wynikające z niniejszej umowy na rzecz osób trzecich wyłącznie po uzyskaniu pisemnej, uprzedniej zgody Zamawiającego.

§ 5¹

1. Wykonawca oświadcza, że prowadzi działalność gospodarczą i zatrudnia/ nie zatrudnia pracowników lub zawiera umowy/ nie zawiera umów ze zleceniobiorcami.
2. Wykonawca prowadzi ewidencję liczby godzin świadczenia usług w wykonaniu niniejszej umowy w przyjętym okresie rozliczeniowym zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
3. Zamawiający potwierdza liczbę godzin świadczenia usług poprzez akceptację w ewidencji wskazanej w ust. 1 powyżej przez przedstawiciela Zamawiającego w osobie....., niezwłocznie po jej otrzymaniu.
4. W razie sporu pomiędzy Wykonawcą a przedstawicielem Zamawiającego co do faktycznej liczby godzin świadczenia usług w okresie rozliczeniowym, spór ten rozstrzyga Zamawiający na podstawie zgromadzonych materiałów i dowodów.
5. Wykonawca przedkłada potwierdzoną ewidencję, o której mowa w ust. 1 powyżej wraz z rachunkiem/ fakturą za Usługę, której ewidencja dotyczy.

¹ Postanowienie dotyczy wyłącznie wykonawcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.

6. Zamawiający przechowuje ewidencję liczby godzin świadczenia usług przez okres trzech lat, liczonych odrębnie dla każdej ewidencji.²

§ 6

Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody wyrządzone komukolwiek w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem umowy.

§ 7

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia jej zawarcia do dnia 31.12.2017r.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem 2 tygodniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
3. Zamawiający może rozwiązać umowę bez zachowania określonego w ust. 2 terminu wypowiedzenia w przypadku niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Wykonawcę obowiązków określonych w niniejszej umowie.
4. Strony ustalają, że Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy w wysokości wynagrodzenia jednostkowego za wykonanie Usługi, o którym mowa w § 4 ust. 1 umowy.
5. Umowa rozwiązuje się bez potrzeby składania odrębnych oświadczeń woli w dniu, w którym łączne wynagrodzenie należne Wykonawcy osiągnie kwotę, o której mowa w § 4 ust. 5.

§ 8

Zamawiający wyraża zgodę, aby w przypadkach incydentalnych, uzasadnionych w szczególności chorobą lub urlopem wypoczynkowym Wykonawcy, wykonanie umowy zostało powierzone osobie trzeciej, wskazanej przez Wykonawcę, będącej lekarzem zarejestrowanym w Izbie Lekarskiej, przy czym postanowienia § 4 i § 5 stosuje się odpowiednio. W takim wypadku Wykonawca odpowiada za działania lub zaniechania osoby trzeciej, której powierzono wykonywanie umowy, jak za swoje własne.

§ 9

Niniejszą umowę zawiera się w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2126 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyn (Dz. U. z 1961r., Nr 39, poz. 202).
2. Ustawy prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 roku (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.) nie stosuje się ze względu na wartość zamówienia, która nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 000 EURO, zgodnie z art. 4 pkt 8 cyt. ustawy.

² Postanowienia ust. ust. 2 – 5 dotyczą wyłącznie wykonawców będących osobami fizycznymi nie zatrudniających pracowników ani nie zawierających umów ze zleceniobiorcami.

§ 10

1. Spory mogące wynikać z realizacji niniejszej umowy Strony będą rozstrzygać przed sądem właściwym dla siedziby Zamawiającego.
2. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Zamawiający a jeden Wykonawca.

.....
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:.....

NAZWISKO I IMIĘ WYKONAWCY (LEKARZA) , KTÓRY PRZYJĄŁ ZGŁOSZENIE :

.....

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 Wodzisławiu Śląskim (Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej);
2. Wykonawca (lekarz);
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)

DATA ZAKOŃCZENIA CZYNNOŚCI PRZEZ LEKARZA:

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

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 pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:

.....

Podpis funkcjonariusza Policji
obecnego przy podejmowanych czynnościach:

.....

Nr służbowy funkcjonariusza Policji :.....

Załącznik nr 3 do Umowy z dnia.....

	Data	
	Godzina przybycia na miejsce zgłoszenia	Godzina zakończenia czynności
Imię i nazwisko lekarza		