

działając na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2126 ze zm.) zaprasza do składania pisemnych ofert o świadczenie usług z zakresu stwierdzania zgonu i ustalania jego przyczyn oraz wystawiania kart zgonu na terenie Powiatu Wodzisławskiego następującej treści:

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

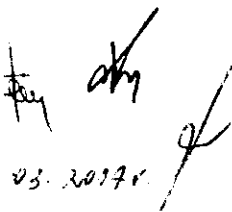
*Postępowanie nie podlega ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych - wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30.000 euro
(art. 4 pkt 8 ustawy)*

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi polegającej na stwierdzaniu zgonu i ustalaniu jego przyczyn oraz wystawianiu kart zgonu 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), zwanego dalej „Rozporządzeniem.”
2. Zamawiający zleci usługę wyłącznie w sytuacji, kiedy do wystawienia aktu zgonu i ustalenia jego przyczyny nie są zobowiązane inne osoby zgodnie z przepisami Ustawy i Rozporządzenia.

II. ISTOTNE WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Usługa będzie świadczona w granicach administracyjnych Powiatu Wodzisławskiego na podstawie wezwania Komendy Powiatowej Policji w Wodzisławiu Śląskim.
2. O udzielenie zamówienia może ubiegać się Oferent, który:
 - 1) spełnia jeden z poniższych warunków:
 - a) posiada status podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą i zapewni całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia;
 - b) posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju, prowadzi działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) oraz zapewni całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia;
 - 2) zapewnia całodobową dostępność numeru telefonicznego, pod którym Komenda Powiatowa Policji w Wodzisławiu Śląskim będzie mogła dokonywać przez całą dobę zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.
3. Dopuszcza się możliwość realizacji zamówienia przez więcej niż jeden podmiot leczniczy lub osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju, na podstawie oddzielnych umów zawartych z każdym z wybranych Wykonawców.
4. Termin realizacji zamówienia: od dnia zawarcia stosownej umowy do dnia 31.12.2017 r.
5. Termin i sposób zapłaty:
 - 1) Wykonawca w terminie do 14 dni od daty wykonania czynności, o których mowa w Rozdziale I ust. 1 niniejszego ogłoszenia wystawi na rzecz Zamawiającego fakturę VAT lub rachunek;
 - 2) Zamawiający dokona płatności w terminie do 30 dni od dnia złożenia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku.


23. 2017 r.

III. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA ORAZ MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

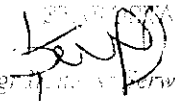
1. Ofertę należy sporządzić wypełniając formularz oferty zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do niniejszego zaproszenia.
2. W formularzu oferty Oferent określa jednostkową cenę brutto za wystawienie karty zgonu i ustalenie przyczyny zgonu. Określona przez Oferenta cena musi obejmować wszystkie koszty, wydatki, opłaty i inne składniki związane z wykonaniem zamówienia, które są i mogą być wymagane przy i w związku z jego wykonaniem. Cena musi być wyrażona w złotych z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Każdy z Oferentów może zaproponować tylko jedną cenę.
3. Oferta musi być złożona w formie papierowej, w zaklejonej kopercie. Koperta musi być oznaczona nazwą i adresem Oferenta, zaadresowana do Zamawiającego na adres: Starostwo Powiatowe w Wodzisławiu Śląskim, Bogumińska 2, 44-300 Wodzisław Śląski oraz opisana: „OFERTA – wystawianie karty zgonu.”
4. Ofertę należy złożyć lub przesłać pocztą w formie dokumentu papierowego w terminie do dnia 10.04.2017r. (decyduje data wpływu do Starostwa Powiatowego) na adres Starostwo Powiatowe w Wodzisławiu Śląskim, ul. Bogumińska 2 – Kancelaria (parter) lub ul. Pszowska 92a Kancelaria (2 piętro).
5. UWAGA: Zamawiający nie otwiera ofert złożonych po terminie.
6. Ocena formalna spełniania warunków udziału w postępowaniu dokonana będzie na podstawie oświadczeń i informacji podpisanych przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
7. Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest Iwona Koczy Naczelnik Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim, ul. Pszowska 92a, pokój 316, tel: 32 453-99-74, e-mail: zdrowie@powiatwodzislawski.pl.
8. Za kompletność oferty odpowiada Oferent.
9. Zamawiający niezwłocznie powiadomi Oferentów o dokonanym wyborze, z zastrzeżeniem zapisów ust. 10.
10. Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od wyboru oferty na każdym etapie postępowania bez podania przyczyny i ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek skutków prawnych i finansowych.

IV. PRZEDMIOT OCENY

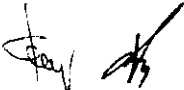
Przedmiotem oceny ofert będzie:

- 1) cena jednostkowa brutto za wystawienie karty zgonu i ustalenie przyczyny zgonu;
- 2) spełnienie warunków określonych w Rozdz. II niniejszego zaproszenia do składania ofert.

Publikacja niniejszego zaproszenia do składania ofert nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równorzędne ze złożeniem zamówienia przez Starostę Wodzisławskiego tudzież nie stanowi podstawy do roszczenia sobie praw ze strony Oferenta do zawarcia umowy.


mgr *[imię]* Perwołka

.....
(pieczęć i podpis)


P. 06 2017r. *[inny podpis]*

OFERTA

Składający ofertę:

Nazwa

Siedziba (adres)

Telefon /faks/e-mail

Zobowiązania i informacje oferenta:

1. Składamy/Składam* niniejszym ofertę i zobowiązujemy się/zobowiązuję się* wykonać przedmiot zamówienia polegający na wystawianiu kart zgonu i ustalaniu przyczyn zgonu za:
jednostkową cenę brutto za jednokrotne wystawienie karty zgonu i ustalenie przyczyny zgonu w wysokości:zł
(cena słownie)
2. Oświadczamy/Oświadczam* że:
 - zapoznaliśmy się/zapoznałem się* z postanowieniami zapytania ofertowego i akceptujemy/akceptuję* wszystkie określone tam warunki realizacji zamówienia,
 - posiadamy status podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia,**
 - posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju i prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) oraz zapewniam całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia,**
 - zapewniamy/zapewniam* całodobową dostępność numeru telefonicznego, pod którym Komenda Powiatowa Policji w Wodzisławiu Śląskim będzie mogła dokonywać przez całą dobę zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

*niepotrzebne skreślić.

**niepotrzebne skreślić.

Jan
03.10.17

- Wstępny 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.

§ 11

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 pieczętka 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		

