

UMOWA nr OR.272.16.2017. ML (projekt ML)

zawarta w dniu2017 r., w Międzyrzeczu pomiędzy:
z jednej strony **Powiatem Międzyrzeczkim w Międzyrzeczu**, 66-300 Międzyrzecz, NIP:
596-15-43-170, ul. Przemysłowa 2 zwanym w treści umowy „**Zamawiającym**”
reprezentowanym przez:

1. **Grzegorza Gabrielskiego** – Starostę Powiatu Międzyrzecznego,
2. **Rafała Mikulę** – Wicestarostę Międzyrzecznego
przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu Międzyrzecznego - **Remigiusza Bilousa**
a

.....siedziba/zam.....

wNIP.....REGON.....

przy ul.

zarejestrowanym w Izbie Lekarskiej pod numerem

zwanym dalej „**Wykonawcą**”, uprawnionym do świadczenia usług objętych niniejszą umową
w rezultacie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie art.
4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst
jedn.Dz.U.2015.2164 z zm.) oraz na podstawie Zarządzenia Nr 50.2014 Starosty
Międzyrzecznego z dnia 4 grudnia 2014 r. w sprawie Regulaminu udzielania zamówień
publicznych oraz Regulaminu pracy komisji przetargowej w Starostwie Powiatowym w
Międzyrzeczu została zawarta umowa
o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania czynności zwanych
dalej „usługą”, polegających na stwierdzeniu zgonu, ustalaniu przyczyn zgonu oraz
wystawianiu karty zgonu osobom zmarłym w sytuacjach o których mowa w art. 11 ust. 2
ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r., o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn. Dz.U.
2017.912. z zm.)
2. Usługi realizowane będą w granicach administracyjnych Powiatu Międzyrzecznego –
Gmin: Międzyrzecz, Skwierzyna, Trzciel, Przytoczna, Pszczew i Bledzew niezwłocznie po
otrzymaniu przez Wykonawcę zlecenia od funkcjonariusza Policji.

§ 2

1. Każdorazowa usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane
ustnie jako zgłoszenie Policji potwierdzone pisemnie w dokumencie „**Karta zgłoszenia
zgonu dla Wykonawcy**” (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 niniejszej umowy).

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

§ 3

1. Zlecenia będą przekazywane Wykonawcy wg potrzeb telefonicznie na całodobowy numer/numery tel....., bądź osobiście w miejscu zamieszkania.....
2. Wykonawca zobowiązuje się do:
 - 1) przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najkrótszym czasie od momentu otrzymania zgłoszenia od funkcjonariusza Policji;
 - 2) dokonania oględzin zwłok, stwierdzenia zgonu, ustalenia przyczyny zgonu oraz wystawienia karty zgonu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r., w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U.2015.231).

§ 4

1. Za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu, o których mowa w § 1, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości **zł brutto** (słownie:
2. Wynagrodzenie Wykonawcy stanowić będzie iloczyn liczby jednorazowych czynności faktycznie wykonanych w danym miesiącu obowiązywania umowy i stawki wynagrodzenia, (o których mowa w ust. 1), płatnych za dany miesiąc.

§ 5

1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji czynności określonych w § 1 Umowy będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na konto wskazane w fakturze (lub rachunku), wystawionym na koniec miesiąca, w terminie do 14 dni od daty przedłożenia faktury VAT/rachunku, prawidłowo wystawionej/wystawionego przez Wykonawcę na: **Powiat Międzyrzecki w Międzyrzeczu, NIP: 596-15-43-170**, 66-300 Międzyrzecz, ul. Przemysłowa 2
2. Podstawą wystawienia faktury VAT/rachunku, o których mowa w ust. 1, będzie każdorazowo potwierdzony 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.
3. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 6

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

§ 7

1. Umowę zawarto na czas określony od dnia podpisania umowy do dnia **31.12.2017 r.**
2. Każda ze stron może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

3. W przypadku niewykonania lub niezgodnego z zapisem umowy wykonania usługi objętej przedmiotem umowy Zamawiającemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy w każdym czasie bez okresu wypowiedzenia.

§ 8

1. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody Zarządu Powiatu pod rygorem nieważności.
2. Zamawiający wyraża zgodę na powierzenie wykonania przedmiotu umowy osobie trzeciej, będącej lekarzem zarejestrowanym w Izbie Lekarskiej.

§ 9

Wszystkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

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

§ 11

W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1963 r. Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. 2017.459 z zm.) i ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn. Dz.U.2017.912 z zm.)

§ 12

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa 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 zmarłego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

Podpis funkcjonariusza Policji przekazującego

zgłoszenie:.....

Otrzymują:

1. Powiat Międzyrzecki
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 pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:

.....

Podpis funkcjonariusza Policji obecnego przy podejmowanych czynnościach:

.....

Nr służbowy

Policjanta:.....

