

UMOWA

zawarta w dniu 29 grudnia 2022 r. w Policach pomiędzy:

Powiatem Polickim z siedzibą w Policach przy ul. Tanowskiej 8, zwanym dalej „Zamawiającym”, reprezentowanym przez Zarząd Powiatu w Policach, w imieniu którego działają:

1. Andrzej Bednarek – Starosta Policki,
2. Beata Chmielewska – Członek Zarządu Powiatu w Policach,

a

Kornelią Wdowczyk prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą NZOZ MEDICA Kornelia Wdowczyk z siedzibą w Szczecinie (70-467) przy ul. Monte Cassino 18B, NIP 852 267 17 72, REGON 388653750 zwanym dalej „Wykonawcą”.

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie usług polegających na stwierdzeniu, w drodze oględzin, dokonanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności, zgonu i jego przyczyny oraz wystawianie karty zgonu, zwanej dalej „usługą”, w odniesieniu do osoby i okoliczności wskazanych przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zgłaszającego zaistnienie przedmiotowej okoliczności.

2. Usługa będzie realizowana w sytuacji, o której mowa:

- a) w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947), tj. kiedy do ustalenia zgonu i jego przyczyny nie będzie można ustalić lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie,
- b) w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202), tj. w przypadku gdy nie ma lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich.

3. Usługa winna być realizowana zgodnie z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących przepisów prawa oraz zasad i procedur sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących w niniejszym zakresie.

4. Okoliczności, o których mowa w ust. 2, przed zgłoszeniem do Wykonawcy, weryfikuje pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

5. Wykonawca będzie realizował usługę w granicach administracyjnych Powiatu Polickiego, na podstawie zgłoszeń dokonanych przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

6. Usługa będzie realizowana przez całą dobę, we wszystkie dni tygodnia, wraz z całodobową dostępnością do linii telefonicznej z przypisanym do niej aktywnym numerem telefonu, pod którym pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach będzie mógł zgłosić potrzebę wykonania usługi.

7. Wykonawca wskazuje, iż numer całodobowego telefonu, o którym mowa w ust. 6, to: 505 66 92 92.

§ 2. 1. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) zapewnienia dostępnego w czasie, o którym mowa w § 1 ust. 6, lekarza(-y) który(-rzy) będzie(-ą) wykonywał(-ć) usługę, po jej uprzednim zgłoszeniu do Wykonawcy przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, tj. stawi się bez zbędnej zwłoki na wskazane przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach miejsce (adres), gdzie po dokonaniu oględzin zwłok, stwierdzi zgon i jego przyczynę oraz wystawi kartę zgonu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi kart zgonu.

- 2) zapewnienia całodobowej dostępności do linii telefonicznej z przypisanym do niej aktywnym numerem telefonu, o którym mowa w § 1 ust. 7, pod którym pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach będzie mógł zgłosić potrzebę wykonania usługi.
2. Wykonawca oświadcza, iż:
- 3) dysponuje odpowiednim wykwalifikowanym personelem oraz posiada potencjał techniczny i organizacyjny, pozwalający na realizację usługi, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami obowiązującymi w niniejszym zakresie,
- 4) odpowiada za wszelkie ewentualne szkody wyrządzone komukolwiek w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem usługi.

§ 3. 1. Z tytułu wykonywania usług Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe za jednorazową usługę w kwocie 1 200 zł brutto (słownie: jeden tysiąc dwieście złotych), z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Łączna wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć w okresie, o którym mowa w § 4, kwoty 12 000 zł brutto (słownie: dwanaście tysięcy złotych).

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, płatne będzie na podstawie faktur(-y) wystawionych(-ej) przez Wykonawcę.

4. Do faktur(-y), o której(-ych) mowa w ust. 3, Wykonawca będzie dołączał „formularz dotyczący stwierdzenia zgonu”, którego wzór stanowi załącznik do niniejszej umowy.

5. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy numer 70 1140 2004 0000 3302 8128 6928, w terminie 14 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionych(-ej) faktur(-y), o których(-ej) mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem, iż rachunek bankowy musi być zgodny z numerem rachunku ujawnionego w wykazie prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej. W sytuacji, gdy w ww. wykazie ujawniony jest inny numer rachunku bankowego, płatność wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, dokonana zostanie na rachunek bankowy ujawniony w tym wykazie. Za datę zapłaty strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

6. Dopuszcza się możliwość zmiany umowy w przypadku wyczerpania środków wymienionych w ust. 2 przed upływem terminu wymienionego w § 4.

§ 4. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. lub do wyczerpania środków, o których mowa w § 3 ust. 2., w przypadku kiedy nie dojdzie do zmiany umowy, o której mowa w § 3 ust.6.

§ 5. 1. Zamawiający może odstąpić od umowy w przypadkach przewidzianych przepisami prawa, w szczególności jeżeli:

- 1) Wykonawca nie wykonuje albo nienależyście wykonuje usługi, tj. niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami mającymi zastosowanie w przedmiotowym zakresie oraz uregulowaniami zawartymi w niniejszej umowie,
- 2) zaistniała istotna zmiana okoliczności prawno-organizacyjnych powodująca, że wykonywanie niniejszej umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było jednoznacznie przewidzieć w chwili zawarcia niniejszej umowy,
- 3) nastąpią zmiany przepisów prawa dotyczące czynności będących przedmiotem usługi,
 - Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

2. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od niniejszej umowy, jeżeli Zamawiający zawiadomi Wykonawcę o niemożności spełnienia swoich zobowiązań umownych na skutek zaistnienia uprzednio nieprzewidzianych okoliczności. Wykonawca może odstąpić od niniejszej umowy w terminie 7 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

3. Odstąpienie od niniejszej umowy musi nastąpić w formie pisemnej, pod rygorem nieważności takiego odstąpienia, a także musi zawierać uzasadnienie faktyczne i prawne.

§ 6. 1. Nienależyte wykonywanie niniejszej umowy przez Wykonawcę obciążone będzie każdorazowo karą umowną w wysokości 50 % wartości wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1. Jeżeli ww. kara umowna nie pokryje poniesionej przez Zamawiającego szkody w całości, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

2. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie naliczonej kary umownej, o której mowa w ust. 1, ze swojego wynagrodzenia. Potrącenie nastąpi na podstawie noty księgowej wystawionej przez Zamawiającego. W przypadku braku możliwości potrącenia – termin zapłaty z tytułu kar umownych ustala się na 14 dni od daty doręczenia Wykonawcy noty księgowej.

3. Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

§ 7. 1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

3. Spory między stronami na tle stosowania niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

4. Niniejszą umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zamawiający

**POWIAT POLICKI
W POLICACH**

*Na oryginale właściwe podpisy
Starosty Polickiego
Członka Zarządu Powiatu w Policach
Skarbnika Powiatu Polickiego*

Wykonawca

**Kierownik Przychodni
NZOZ MEDICA**

Kornelia Wdowczyk

*Źródło finansowania: Dysponent SO Dział 750 Rozdział 75095 Paragraf 4300
Sporządziła: Agnieszka Maciejkowicz Starszy Specjalista Wydziału Spraw Obywatelskich
Zatwierdziła: Edyta Rudecka Naczelnik Wydziału Spraw Obywatelskich*

.....
pieczętka nagłówkowa wykonawcy

FORMULARZ DOTYCZĄCY STWIERDZENIA ZGONU (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITARAMI)												
Część I. Wypełnia lekarz stwierdzający zgon i jego przyczynę.												
Imię i nazwisko zmarłego:												
Miejsce i data urodzenia zmarłego:												
Numer PESEL zmarłego: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Miejsce, data i godzina dokonania oględzin:												
Data i godzina zgonu:												
Przyczyna zgonu:												
..... pieczętka i podpis lekarza stwierdzającego zgon												
Część II. Wypełnia funkcjonariusz uczestniczący w czynnościach oględzin (np. policjant lub strażnik miejski).												
Imię i nazwisko oraz stopień służbowy funkcjonariusza uczestniczącego w czynnościach oględzin:												
Oświadczenie funkcjonariusza, którego dane podano powyżej: <i>Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie można było ustalić lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie ani lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał zmarłemu świadczeń lekarskich.</i>												
..... pieczętka i podpis funkcjonariusza uczestniczącego w oględzinach												