



**Powiat Koszaliński**

www.powiat.koszalin.pl

## **Umowa-WZÓR** **Nr 1/ OR.BR.032.01.2019.AK**

W dniu ..... w Koszalinie pomiędzy:

**Powiatem Koszalińskim**, z siedzibą w Koszalinie, kod 75-620, ul. Raławicka 13,  
Reprezentowanym przez:

Mariana Hermanowicza – Starostę Koszalińskiego,  
Dariusza Kalinowskiego – Wicestarostę Koszalińskiego  
zwanym dalej **Zamawiającym**,

a

..... z siedzibą w .....,

NIP: .....,

reprezentowana przez: ....., zwanego dalej **Wykonawcą**,

Zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz.1579 z późn. zm.) oraz zgodnie z Uchwałą nr 12/2015 Zarządu Powiatu w Koszalinie z dnia 27 stycznia 2015 r. w sprawie ustalenia zasad realizacji przez Starostwo Powiatowe w Koszalinie na rzecz Powiatu Koszalińskiego zamówień wyłączonych z obowiązku stosowania ustawy prawo zamówień publicznych, została zawarta umowa następującej treści:

### **§ 1**

#### **Przedmiot umowy**

Zamawiający, w wykonaniu unormowania z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912) zawiera Umowę z Wykonawcą na wykonanie czynności związanych ze stwierdzeniem zgonu i jego przyczyny oraz wystawiania kart zgonu, zgodnie z przepisami 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) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2015 r. poz. 231).

### **§ 2**

Przedmiotem Umowy jest świadczenie usług, o których mowa w § 1 w stosunku do osób zmarłych w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie powiatu koszalińskiego, w przypadku niemożności ustalenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie, odpowiadającego za stwierdzenie zgonu i jego przyczynę.

### **§ 3**

1. Każdorazowa usługa będzie wykonywana przez Wykonawcę w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane ustnie jako zgłoszenie Policji potwierdzone pisemnie w „Karcie zgłoszenia zgonu”, stanowiącej załącznik nr 1 do Umowy.
2. Usługa zostanie potwierdzona przez lekarza realizującego zlecenie w miejscu wykonywania czynności w dokumencie „Karta zgonu”. Wzór „Karty zgonu”, zgodny

z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2015 r. poz. 231).

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

#### § 4

1. Zlecenia będą przekazywane Wykonawcy wg potrzeb telefonicznie, bądź osobiście, zgodnie z załączonym harmonogramem pracy lekarzy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, niezwłocznie od momentu otrzymania zgłoszenia przez Policję, wykonania usługi.
3. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usługi objętej umową poprzez wyznaczonych uprawnionych lekarzy.
4. Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu wykazu osób, o których mowa w ust. 3 przed terminem rozpoczęcia realizacji zamówienia, a w razie zmian w wykazie do bieżącej aktualizacji listy.

#### § 5

1. Za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu, o których mowa w § 1 i 2, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych brutto 00/100)
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na konto wskazane w fakturze VAT, w terminie do 30 dni od daty przedłożenia faktury VAT, prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę na Zamawiającego: Powiat Koszaliński, ul. Raclawicka 13, 75-620 Koszalin, NIP: 669-23-87-595.
3. Podstawą wystawienia faktury VAT, o której mowa w ust. 2 będzie każdorazowo wypełniona przez lekarza stwierdzającego zgon „Karta zgonu”, której kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy dołączyć do składanej faktury.
4. 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. Termin realizacji Umowy: od dnia zawarcia do dnia 31 grudnia 2018 r.
2. Wypowiedzenie Umowy może nastąpić przez każdą ze Stron, w formie pisemnej, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku niewykonania lub wykonania niezgodnie z zapisami Umowy przedmiotu Umowy, Zamawiającemu przysługuje prawo rozwiązania Umowy w każdym czasie bez zachowania okresu wypowiedzenia.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych Umową w szczególności zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1963 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2016 r. poz. 38, z późn. zm.).

§ 9

Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy Strony będą starały się rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia, spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie właściwego ze względu na siedzibę Zamawiającego sądu powszechnego.

§ 10

1. Osoby odpowiedzialne za nadzór i uprawnione do kontaktu w sprawach związanych z przedmiotem umowy:

Zamawiający ustanawia: **Z-ca Naczelnika Wydziału Organizacyjnego Starostwa Powiatowego w Koszalinie, Agnieszkę Kulesza,** e-mail: agnieszka.kulesza@powiat.koszalin.pl; tel. 94 714 01 75.

2. Do kontaktów w sprawach związanych z wykonaniem przedmiotu umowy

Wykonawca ustanawia: .....

e-mail: .....; tel. ....

§ 11

Jakiegokolwiek zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy dokonane będą tylko i wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

.....

.....

## KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU

Data i czas przekazania zgłoszenia zgonu:

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

Imię i nazwisko osoby zmarłej: .....

Miejsce ujawnienia zwłok (adres lub opis): .....

.....

....

.....

....

Imię i nazwisko funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie zgonu do .....

.....

.....

Nr służbowy: .....

Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza ..... w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu wykonałem/am niezbędne czynności mające na celu ustalenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie.

.....  
(Pieczęć i podpis funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza stwierdzającego zgon, jego przyczynę oraz wystawiającego kartę zgonu)