

UMOWA

zawarta w dniu 27 grudnia 2023 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. Joanna Napiwodzka – Wicestarosta Policki,

a

Dominiką Chrzanowską prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą MediArch Dominika Chrzanowska z siedzibą w Szczecinie (70-415) przy al. Papieża Jana Pawła II 43/4, NIP 857 188 90 11, REGON 523015554 zwaną dalej „Wykonawcą”.

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie usług polegającej na stwierdzaniu, w drodze oględzin, zgonu i jego przyczyny oraz wystawianiu karty zgonu, zwanych dalej „usługą”, w odniesieniu do osób i okoliczności zgłaszanych przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

2. Usługi będą realizowane w sytuacji, o których mowa w:

- a) art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.), tj. w razie niemożności ustalenia zgonu i jego przyczyny przez osoby, o których mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy;
- b) rozporządzeniu 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 przypadkach gdy nie ma lekarzy, o którym mowa w § 3 oraz § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia.

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

6. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) realizacji usług w granicach administracyjnych Powiatu Polickiego, przez całą dobę, we wszystkie dni tygodnia, na podstawie zgłoszeń, o których mowa w ust. 1;
- 2) zapewnienia dostępnego w czasie, o którym mowa w pkt 1, lekarza(-y) który(-rzy) wykona usługę, po jej uprzednim zgłoszeniu Wykonawcy przez pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, tj. stawia się bez zbędnej zwłoki na wskazane miejsce (adres), gdzie po dokonaniu oględzin zwłok, stwierdzi zgon i jego przyczynę oraz wystawi kartę zgonu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi kart zgonu;
- 3) realizacji usług zgodnie z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących przepisów prawa oraz zasad i procedur sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących w niniejszym zakresie;
- 4) zapewnienia całodobowej dostępności do linii telefonicznej z przypisanym do niej aktywnym numerem 666 518 250 lub 600 032 503, pod który pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach będzie dokonywał zgłoszeń, o których mowa w ust. 1.

§ 2. 1. Wykonawca oświadcza, iż:

- 1) dysponuje odpowiednio wykwalifikowanym personelem oraz posiada potencjał techniczny i organizacyjny pozwalający na realizację usług, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami obowiązującymi w niniejszym zakresie;
- 2) odpowiada za wszelkie ewentualne szkody wyrządzone komukolwiek w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem usług.

§ 3. 1. Z tytułu wykonywania usług Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe za jednorazową usługę w kwocie 960 zł. brutto (słownie: dziewięćset sześćdziesiąt złotych.), z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Łączna wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, nie może przekroczyć w okresie wskazanym w § 4, kwoty 19 200 zł. brutto (słownie: dziewiętnaście tysięcy dwieście złotych.), z zastrzeżeniem ust. 6.

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 [REDAKTOWANE] w terminie do 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 niniejszej umowy w przypadku wyczerpania łącznej wysokości środków, o której mowa w ust. 2, przed upływem okresu wskazanego w § 4.

§ 4. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony, od dnia 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r., lub do wyczerpania łącznej wysokości wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 2, w przypadku kiedy nie dojdzie do zmiany niniejszej umowy, o której to zmianie mowa w § 3 ust. 6.

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

- 1) Wykonawca nie wykonuje lub nienależyte wykonuje usługi, tj. niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami i procedurami sanitarno-epidemiologicznymi obowiązującymi w niniejszym zakresie;
- 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 usług,
- Zamawiający może odstąpić od niniejszej 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 % wysokości 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

Wykonawca

MediArch Dominika Chrzanowska
Al. Papieża Jana Pawła II 43/4
70-415 Szczecin

Na oryginale właściwe podpisy

Starosty Polickiego

Wicestarosty Polickiego

Skarbnika Powiatu Polickiego

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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie można było ustalić lekarza, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.) oraz § 3 i § 2 ust. 1 rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202).

.....
*pieczętka i podpis funkcjonariusza
uczestniczącego w oględzinach*