

UMOWA SPWZ.....(PROJEKT)

Zawarta w dniu r. w Ożarowie Mazowieckim pomiędzy:

Powiatem Warszawskim Zachodnim z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim przy ul. Poznańskiej 129/133, 05-850 Ożarów Mazowiecki, NIP 527-21-85-341 reprezentowanym przez:

1. Jana Żychlińskiego - Starostę,
2. Wojciecha Białasa - Wicestarostę,

zwanym w dalszej części umowy „**Zamawiającym**”,

a

.....
..... reprezentowaną przez:

.....
.....

zwanym w dalszej części umowy „**Wykonawcą**”.

Zgodnie z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego IZA.272.2.6.2021 przeprowadzonego na podstawie Zarządzenia Nr 3/2021 Starosty Warszawskiego Zachodniego z dnia 4 stycznia 2021 r., w związku z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 z późn. zm.), została zawarta Umowa o następującej treści:

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usługi w postaci stwierdzenia zgonu lub stwierdzenia zgonu, jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Warszawskiego Zachodniego wskazanych Wykonawcy przez funkcjonariuszy Komendy Powiatowej Policji w Starych Babicach.
2. Realizacja umowy dotyczy przypadków gdy funkcjonariusz Komendy Powiatowej Policji w Starych Babicach będący na miejscu zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki podejmie informację o potrzebie stwierdzenia zgonu i nie będzie mógł ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie, odpowiadającego za stwierdzenie zgonu tej osoby w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Karta zgonu powinna być wypełniona przez Wykonawcę na obowiązującym ustawowo druku.
4. .

§ 2.

1. Każdorazowa usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane ustnie jako zgłoszenie funkcjonariusza Policji potwierdzone pisemnie zgodnie z wzorem stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy. Wykonanie Usługi musi być potwierdzone przez lekarza realizującego zlecenie oraz funkcjonariusza Policji lub Straży Miejskiej obecnego w miejscu wykonywania czynności w „Dokumencie stwierdzenia zgonu”, stanowiącym **Załącznik nr 2** do umowy.
2. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zlecenia przez Wykonawcę.
3. Usługa będzie realizowana przez całą dobę we wszystkie dni w tygodniu (także w dni wolne od pracy, niedziele i święta) wraz z całodobową dostępnością numeru telefonu pod którym Policjanci Komendy Powiatowa Policji w Starych Babicach będą mogli dokonać ustnych zgłoszeń o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki potwierdzonych pisemnie po przybyciu lekarza wykonującego zlecenie zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
4. Zgłoszenia ustne będą przekazywane Wykonawcy telefonicznie pod numer
5. Wykonawca po otrzymaniu zgłoszenia zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki, nie później niż w okresie sześciu godzin od powiadomienia.
6. Dopuszcza się możliwość realizacji zadania z udziałem podwykonawców. O realizacji usługi przez innego lekarza, Wykonawca pisemnie informuje, przy czym numer telefonu o którym mowa 2 ust. 4 pozostaje bez zmian.
7. W przypadku realizacji usługi przez wielu lekarzy, Wykonawca składa do Starostwa Powiatu Warszawskiego Zachodniego w Ożarowie Mazowieckim imienną listę lekarzy z podaniem planowanej daty dyżuru. Przedmiotowa lista lekarzy musi być przedłożona najpóźniej ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usługi. Numer telefonu o którym mowa 2 ust 2 pozostaje bez zmian.

§ 3.

1. Strony ustalają wynagrodzenie ryczałtowe za wykonanie przedmiotu umowy w kwocie:
 - 1) zł (słownie:) brutto za jedną zrealizowaną usługę polegającą na stwierdzeniu zgonu,
 - 2)zł (słownie:) brutto za jedną zrealizowaną usługę polegającą na stwierdzeniu zgonu, wystawieniu karty zgonu i ustaleniu przyczyny zgonu.
2. Wynagrodzeniem Wykonawcy za realizację usługi w danym miesiącu, będzie kwota stanowiąca iloczyn liczby dokonanych oględzin oraz stawki brutto, o której mowa powyżej w §3 ust. 1, każdorazowo potwierdzonych przez funkcjonariusza Policji lub Straży Miejskiej i Wykonawcę w dokumencie: „**Dokument stwierdzenia zgonu**” określającym czas wykonania czynności oraz miejsce zdarzenia, którego wzór stanowi Załącznik Nr 2 do niniejszej Umowy.
2. Wynagrodzenie ryczałtowe należne wykonawcy z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy zawiera wszystkie koszty prawidłowego zrealizowania pełnego zakresu rzeczowego, ilościowego i jakościowego przedmiotu niniejszej umowy. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest wynagrodzeniem obejmującym wszystkie czynności niezbędne do prawidłowego wykonania niniejszej umowy, nawet, jeśli czynności te nie zostały wprost wyszczególnione w treści niniejszej umowy. Wykonawca nie może żądać podwyższenia wynagrodzenia, nawet jeżeli z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł przewidzieć

wszystkich czynności niezbędnych do prawidłowego wykonania niniejszej umowy. Wykonawca oświadcza, iż ma pełną świadomość powyższego ryzyka a skalkulowane powyższe wynagrodzenie uwzględnia już w sobie m. in. ewentualne ryzyko wzrostu cen towarów, usług, wzrost wynagrodzeń itp.

3. Miesięczne wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w terminie 14 dni od daty przedłożenia poprawnie wystawionego rachunku/faktury VAT, wraz załączonymi oryginałami „**Dokumentu stwierdzenia zgonu**” sporządzonymi w danym miesiącu z zawartymi w treści tych dokumentów potwierdzeniami przez funkcjonariusza Policji lub Straży Miejskiej wykonania usługi..
4. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 4.

1. Umowę zawiera się na czas określony do 31 grudnia 2021 roku włącznie.
2. Strony zastrzegają sobie możliwość zmiany warunków umowy w czasie jej trwania przy czym wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Zamawiającemu przysługuje uprawnienie do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Wykonawcę postanowień umowy.

§ 5.

1. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z wykonaniem niniejszej umowy.
2. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez Wykonawcę obciążone będzie każdorazowo karą umowną w wysokości 10% wartości wynagrodzenia umownego brutto, o którym mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Kara umowna będzie płatna na podstawie stosownej noty obciążeniowej wystawionej przez Zamawiającego w terminie 14 dni od daty doręczenia noty Wykonawcy.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.
5. Jeżeli szkoda przewyższa wysokość kary umownej, Zamawiającemu przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych.

§ 6.

1. Zakazuje się pod rygorem nieważności dokonywania cesji wierzytelności, jak również zawierania innych umów pod jakimkolwiek tytułem prawnym skutkującym przeniesieniem wierzytelności na inne podmioty bez pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Przeniesienie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy lub udzielenie poręczenia przez osobę trzecią skutkującego przeniesieniem wierzytelności na poręczyciela wymaga zgody Zamawiającego.

§ 7.

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o zaistnieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w

interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić podstawowemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy. (art. 456 ust. 1 i 3 ustawy Pzp).

2. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.), ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1085), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961 r. poz. 202).
3. Spory powstałe przy wykonywaniu mniejszej umowy rozpatrywane będą przez sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 8.

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

Zlecniodawca

Wykonawca

Załącznik nr 1 do Umowy o „świadczenie usług w zakresie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Warszawskiego Zachodniego w 2021 r.”

KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU DLA WYKONAWCY

ZGŁOSZENIE (wypełnia funkcjonariusz Policji/Straży Miejskiej 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 i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

Podpis funkcjonariusza Policji przekazującego

zgłoszenie:.....

Otrzymują:

1. Starostwo Powiatu Warszawskiego Zachodniego
2. Wykonawca
3. Policja – a/a

Załącznik nr 2 do Umowy o „świadczenie usług w zakresie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie Powiatu Warszawskiego Zachodniego w 2021 r.”

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 UJAWNIECIA

ZWŁOK:.....

.....

..... (adres lub opis miejsca)

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO

ZGON:.....

Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

*Oświadczam, że stwierdziłem/stwierdziłam zgon i *nie wystawiłem/wystawiłam kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/zamieściłam powyżej.*

** niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:

.....

Podpis funkcjonariusza Policji obecnego przy podejmowanych czynnościach:

.....

Nr służbowy Policjanta:.....