

UMOWA

NR

zawarta w dniu 2021 r. w Aleksandrowie Kujawskim,

między:

Starostą Aleksandrowskim, zwanym dalej „Zamawiającym”, reprezentowanym przez:

.....,

a

..... z siedzibą w / zamieszkałym w

NIP: REGON:, reprezentowanym przez:

..... zwanym dalej „Wykonawcą”

z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1129 z późn. zm.)

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Powiatu Aleksandrowskiego wskazanych Wykonawcy przez Policję lub inne służby działające na terenie Powiatu Aleksandrowskiego.
2. Umowa dotyczy jedynie przypadków, gdy nie można ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie, a zgon nie został stwierdzony przez lekarza wezwanego do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.
3. Karta zgonu powinna być wypełniona przez Wykonawcę na obowiązującym ustawowo druku.
4. Wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1 należy potwierdzić w formularzu dotyczącym zgonu, stanowiącym załącznik do niniejszej Umowy.

§ 2

1. Zgłoszenia będą przekazywane Wykonawcy przez funkcjonariuszy Policji lub innych służb telefonicznie pod numer (całodobowo), bądź osobiście w miejscu zamieszkania w siedzibie
2. Wykonawca po otrzymaniu zgłoszenia zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki (nie później niż w okresie godzin).

§ 3

1. Strony ustalają wynagrodzenie za stwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu - zł brutto. Wynagrodzenie zostanie wypłacone ze środków budżetowych Powiatu Aleksandrowskiego.
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji Umowy będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na rachunek bankowy nr w terminie 14 dni od daty przedłożenia rachunku/faktury VAT.

3. Do rachunku/faktury VAT należy dołączyć formularz dotyczący zgonu, stanowiący załącznik do Umowy.
4. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 4

1. Umowę zawiera się na czas określony do dnia
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 przepisów prawa lub postanowień Umowy.

§ 5

1. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy.
2. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez Wykonawcę obciążone będzie każdorazowo karą umowną w wysokości 10% wartości wynagrodzenia umownego brutto. Jeżeli kara umowna nie pokryje poniesionej przez Zamawiającego szkody w całości, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
3. Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią wierzytelności wynikającej z niniejszej Umowy.

§ 6

1. W zakresie nieuregulowanym Umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego (Dz. U. 2020 poz. 1740 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711 z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2021 poz. 790 z późn. zm.), ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2020 poz. 1947 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. 2021 poz.1448), rozporządzenia Ministra Zdrowia i opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. 1961 poz. 202).
2. Spory powstałe przy wykonywaniu niniejszej umowy rozpatrywane będą przez Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 7

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

Zamawiający:

Wykonawca:

.....

.....

FORMULARZ DOTYCZĄCY ZGONU

Imię i nazwisko zmarłego:.....

Miejsce zamieszkania zmarłego:.....

Miejsce zgonu:.....

Data i godzina oględzin:.....

.....
Podpis i pieczętka lekarza stwierdzającego zgon

Imię i nazwisko funkcjonariusza Policji/innych służb uczestniczącego w czynnościach na miejscu zdarzenia:

Nr legitymacji służbowej:.....

Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie można było ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego zmarłego w jego ostatniej chorobie, a zgon nie został stwierdzony przez lekarza wezwanego do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

.....
Podpis funkcjonariusza Policji/innych służb