

WZÓR - umowa nr OR.032.1.2021.AK

W dniu w Koszalinie pomiędzy:

Powiatem Koszalińskim, z siedzibą w Koszalinie, kod 75-620, ul. Raclawicka 13, NIP: 6692387595, reprezentowanym przez:

Mariana Hermanowicza – Starostę Koszalińskiego,

Tomasza Tesmera – Wicestarostę Koszalińskiego

zwanym dalej **Zamawiającym**,

a

..... z siedzibą w,

....., zwany dalej **Wykonawcą**.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.) oraz zgodnie z Uchwałą nr 279/2020 Zarządu Powiatu w Koszalinie z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie wprowadzenia zasad wykonywania zamówień publicznych w Starostwie Powiatowym w Koszalinie.

§ 1

Zamawiający, w oparciu o art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2020 r. poz. 1947) 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 dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. z 2021 r. poz.1448).

§ 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 lub niemożności dokonania przez nich czynności, o których mowa w §1.

§ 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 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. z 2021 r. poz.1448).

§ 4

1. Zlecenia będą przekazywane Wykonawcy wg potrzeb telefonicznie, bądź osobiście.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie jak najszybszym czasie od momentu otrzymania zgłoszenia przez Policję.
3. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usługi objętej umową poprzez uprawnionych lekarzy.
4. Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu wykazu osób, o których mowa w ust. 3 w dniu zawarcia umowy, 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:).
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. Raławicka 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 osobom trzecim w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem przedmiotu umowy.

§ 7

1. **Termin realizacji Umowy: od dnia 01 stycznia 2022 do dnia 31 grudnia 2022 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 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, z późn. zm.).

§ 9

Ewentualne spory powstałe w związku z 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

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.**

Do kontaktów w sprawach związanych z wykonaniem przedmiotu umowy

Wykonawca ustanawia:

e-mail: ; tel.

§ 11

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 12

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

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY

.....

.....

WZÓR
Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">dziecka do roku</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>innej osoby</td> </tr> </table>	1	dziecka do roku	2	innej osoby
1	dziecka do roku					
2	innej osoby					

1. Nazwisko osoby zmarłej	
---------------------------	--

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej	
----------------------------------	--

3. Imię (imiona) osoby zmarłej	4. Nr PESEL osoby zmarłej
--------------------------------	---------------------------

5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej***

6. Data i godzina zgonu****	rok		dzień		m-c		godz.		min	
-----------------------------	-----	--	-------	--	-----	--	-------	--	-----	--

albo data i godzina znalezienia zwłok****	rok		dzień		m-c		godz.		min	
---	-----	--	-------	--	-----	--	-------	--	-----	--

7. Data urodzenia osoby zmarłej****	rok		dzień		m-c		godz.		min	
-------------------------------------	-----	--	-------	--	-----	--	-------	--	-----	--

w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku

8. Płeć osoby zmarłej**	1	mężczyzna	2	kobieta
9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1	szpital		
	2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital		
	3	dom		
	4	inne		

10. Dziecko pochodziło z porodu**	1	pojedynczego	2	bliźniaczego
	3	trojaczego		
	4	czworaczego		
	5	pięcioraczego		
	6	sześcioraczego i więcej		

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****	
--	--

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****	
---	--

13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****	
---	--

14. Okres trwania ciąży w tygodniach****	
--	--

15. Punkty w skali Apgar****	
------------------------------	--

16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej	
-------------------------------------	--

17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)	
--	--

18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu

1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
---	---

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	--

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	--

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

18a. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych**

1	tak
2	nie

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem***

1	tak
2	nie

18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok***

1	tak
2	nie

.....
imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej kartę zgonu oraz jej podpis

rok dzień m-c

Zarejestrowanie zgonu / zgłoszenie zgonu¹⁾

Nazwa urzędu stanu cywilnego

19. Wykształcenie osoby zmarłej**

1	wyższe	5	gimnazjalne
2	policealne	6	podstawowe
3	średnie	7	niepełne podstawowe
4	zasadnicze zawodowe	8	nieustalone

20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej

EWZMU	województwa
	gminy
	miejscowości
20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy	

rok dzień m-c

Oznaczenie aktu zgonu

.....
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

¹⁾ Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

**Część przeznaczona dla
administracji cmentarza²⁾**

1. Nazwisko osoby zmarłej									
2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej									
3. Imię (imiona) osoby zmarłej									
4. Data zgonu**** rok	rok dzień m-c								
5. Miejsce zgonu (miejscowość)									
6. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok	rok dzień m-c								
7. Miejsce urodzenia osoby zmarłej									
8. Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej									
9. Stan cywilny osoby zmarłej**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 kawaler</td> <td style="width: 50%;">2 panna</td> </tr> <tr> <td>3 żonaty</td> <td>4 zamężna</td> </tr> <tr> <td>5 rozwiedziony</td> <td>6 rozwiedziona</td> </tr> <tr> <td>7 wdowiec</td> <td>8 wdowa</td> </tr> </table>	1 kawaler	2 panna	3 żonaty	4 zamężna	5 rozwiedziony	6 rozwiedziona	7 wdowiec	8 wdowa
1 kawaler	2 panna								
3 żonaty	4 zamężna								
5 rozwiedziony	6 rozwiedziona								
7 wdowiec	8 wdowa								
10. Czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych? **	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 50%;">tak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>nie</td> </tr> </table>	1	tak	2	nie				
1	tak								
2	nie								
11. Zarejestrowanie zgonu / zgłoszenie zgonu**									
a. Zgon został zarejestrowany ³⁾									
b. Zgon został zgłoszony									

.....
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego / osoby sporządzającej kartę zgonu**

rok

rok

dzień

m-c

* Jeżeli dotyczy.

** Właściwie zaznaczyć.

*** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość.

**** Wpisać cyframi arabskimi.

²⁾ W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–5 oraz 9–11. Rubryki 6–8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu.

³⁾ W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu.