

## UMOWA NR

### w sprawie wykonywania czynności związanych ze stwierdzeniem zgonu i jego przyczyny oraz wystawianiem kart zgonu

zawarta w dniu ..... w Prudniku pomiędzy Powiatem Prudnickim, ul. Kościuszki 76, 48-200 Prudnik, REGON 531412600, NIP 755-19-17-146 reprezentowanym przez Zarząd Powiatu w Prudniku w osobach:

1. Starosta Prudnicki - Radosław Roszkowski
2. Wicestarosta - Krzysztof Barwieniec,

zwanym w dalszej części umowy „Zamawiającym”

a firmą.....

zwaną dalej „Wykonawcą” reprezentowaną przez:

1.....

#### § 1

Przedmiotem Umowy jest określenie zasad współpracy przy świadczeniu usługi w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty 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 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełnienia (Dz. U. z 2001 r. Nr 153 poz. 1782 z późn. zm.), osobom zmarłym w granicach administracyjnych:

- 1) Gminy Biała,
- 2) Gminy Głogówek,
- 3) Gminy Prudnik i Lubrza,

w przypadku niemożności ustalenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie odpowiadającego za stwierdzenie zgonu zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.).

#### § 2

1. Każdorazowa usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane telefonicznie jako zgłoszenie Policji potwierdzone pisemnie w „Karcie zgłoszenia zgonu”, stanowiącej Załącznik nr 1 do umowy.
2. Usługa zostanie potwierdzona przez lekarza realizującego zlecenie oraz funkcjonariusza Policji obecnego w miejscu wykonywania czynności w „Dokumencie stwierdzenia zgonu”, stanowiącym Załącznik nr 2 do umowy.
3. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zlecenia przez Wykonawcę.

#### § 3

1. Zlecenia będą przekazywane Wykonawcy telefonicznie całodobowo pod numery:

- 1) .....
- 2) .....

2. Wykonawca zapewni niezwłoczne przybycie na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, lekarza mającego realizować zlecenie, lecz nie później niż do dwóch godzin od momentu przekazania zgłoszenia przez Policję, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W przypadku, gdy zwłoki znajdują się w miejscu nie posiadającym adresu (teren niezurbanizowany, teren rolny, las, itp.) czas realizacji zlecenia będzie liczony od momentu przybycia lekarza na miejsce publicznie dostępne znajdujące się w pobliżu miejsca przebywania zwłok.

#### § 4

Za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu, o których mowa w § 1, Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości:

- 1) Gmina Biała ..... zł brutto (słownie: ..... złotych)
- 2) Gmina Głogówek ..... zł brutto (słownie: ..... złotych)
- 3) Gmina Prudnik i Lubrza ..... zł brutto (słownie: ..... złotych)

#### § 5

1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji czynności określonych w § 1 Umowy będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na konto wskazane w fakturze w terminie do 14 dni od daty przedłożenia faktury VAT, prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę na Zamawiającego.
2. Podstawą wystawienia faktury VAT, o której mowa w ust. 1, będzie każdorazowo potwierdzony przez funkcjonariusza Policji i lekarza stwierdzającego zgon wypełniony „Dokument stwierdzenia zgonu”, którego wzór stanowi Załącznik Nr 2 do Umowy.
3. Oryginał „Dokumentu stwierdzenia zgonu” należy dołączyć do składanej faktury VAT.
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 podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2015 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 usługi niezgodnie z zapisem Umowy Zamawiającemu przysługuje prawo do rozwiązania Umowy w każdym czasie bez okresu wypowiedzenia.
4. Strony zastrzegają sobie możliwość zmiany warunków Umowy w czasie jej trwania, przy czym wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 8

1. Przeniesienie na osobę trzecią wierzytelności wynikających z Umowy wymaga pisemnej zgody Zamawiającego pod rygorem nieważności.

2. Wykonawca może powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcy po uzyskaniu pisemnej zgody Zamawiającego.

§ 9

Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną:

- 1) za każdą rozpoczętą godzinę opóźnienia w wykonaniu przedmiotu umowy względem czasu określonego w § 3 ust. 2 i 3, w wysokości 100 zł,
- 2) za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 2000 zł.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1963 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.) i ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.).

§ 11

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy.

.....  
**Zamawiający**

.....  
**Wykonawca**

SKARBNIK POWIATU  
NACZELNIK WYDZIAŁU  
Finansowo-Budżetowego  
*mgr Aleksandra Zembrak*

*[Signature]*  
mgr Jarosław ...  
RADCA ...

## KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU NR .....

(wypełnia funkcjonariusz Policji)

**Data i czas przekazania zgłoszenia:**

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

**Imię i nazwisko zmarłego:** .....

**Miejsce ujawnienia zwłok:** .....

.....  
.....

**Imię i nazwisko funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:**

.....

**Nr służbowy:** .....

*Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza w sprawie stwierdzenia zgonu wykonałem/wykonałam niezbędne czynności, pomimo których nie udało się ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie lub lekarza zatrudnionego w przychodni bądź ośrodku zdrowia z terenu, na którym znaleziono zwłoki.*

.....  
*Podpis funkcjonariusza Policji  
przekazującego zgłoszenie*

**Otrzymują:**

1. Starostwo Powiatowe w Prudniku
2. Policja – a/a

**DOKUMENT STWIERDZENIA ZGONU**  
*(wypełnia lekarz realizujący zlecenie)*

**Data i czas przyjazdu lekarza na miejsce:**

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

**Imię i nazwisko zmarłego:**.....

**Miejsce zamieszkania zmarłego:**.....

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

**Imię i nazwisko lekarza stwierdzającego zgon:**.....

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

.....  
*Podpis i pieczętka lekarza  
stwierdzającego zgon*

.....  
*Podpis funkcjonariusza Policji  
obecnego przy podejmowanych czynnościach*

*Nr służbowy funkcjonariusza Policji .....*