

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

zawarta w dniu2023 r.

pomiędzy:

Powiatem Łowickim, w imieniu którego działa Zarząd Powiatu Łowickiego, z siedzibą w Łowiczu, ul. Stanisławskiego 30, 99-400 Łowicz; NIP 834 18-82-519 reprezentowany przez:

..... - **Starostę Łowickiego**
..... - **Wicestarostę Łowickiego**

zwanym dalej „**Powiatem**”,

a

Panem/Panią - lekarzem medycyny, nr prawa wykonywania zawodu, prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą „.....”, NIP, REGON, z siedzibą:

zwanym dalej „**Wykonawcą**”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami” zaś rozdzielnie każda z nich „Stroną”, z wyłączeniem przepisów ustawy o zamówieniach publicznych zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2023 r. poz. 1605, poz. 1720).

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez Wykonawcę czynności polegających na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawianiu karty zgonu, osobom zmarłym na terenie Powiatu Łowickiego, a w przypadkach kiedy zachodzi podejrzenie, że przyczyną śmierci było przestępstwo lub doszło do zgonu gwałtownego - karty informacyjnej.
2. Umowa dotyczy przypadków, gdy czynności o których mowa w ust. 1, nie może dokonać lekarz, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich lub nie można ustalić takiego lekarza albo kierownik zespołu ratownictwa medycznego i jeżeli nie istnieje podejrzenie, że przyczyną śmierci było przestępstwo.
3. Karta zgonu powinna być wystawiona przez Wykonawcę na obowiązujący i określonym w przepisach obowiązującego prawa druku.
4. Wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1 niniejszej Umowy Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić na „Formularzu wykonania usługi” zgodnie ze wzorem określonym w Załączniku nr 1 do Umowy.

§ 2

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania czynności, o których mowa w § 1 ust. 1 niniejszej Umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Wykonawca zobowiązuje się pozostawać w całodobowej gotowości przez wszystkie dni w roku, w tym także w dni wolne od pracy, niedzielę i święta do wykonania czynności objętych niniejszą Umową przez cały okres jej obowiązywania pod całodobową dostępnością numeru telefonu

3. O każdorazowej zmianie numeru telefonu Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Powiat.
4. W przypadku niemożności wykonania usługi osobiście, Wykonawca zobowiązuje się zapewnić zastępstwo przez innego lekarza, na równi kompetentnego do wykonywania czynności wymienionych w §1 ust. 1 niniejszej Umowy. Lekarz ten wykonuje usługę na podstawie upoważnienia wydanego przez Wykonawcę, które należy dołączyć do „Formularza wykonania usługi”. Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty wynagrodzenia osobie zastępującej go.
- 5.

§ 3

1. Zgłoszenia będą przekazywane Wykonawcy, **wyłącznie** przez dyżurnych Powiatowego Centrum Zarządzania Kryzysowego dzwoniących z nr tel. **519 497 909** oraz Kierownika Biura Zarządzania Kryzysowego dzwoniącego z nr tel. **509 023 246** na numer telefonu określony w § 2 ust. 2.
2. Po otrzymaniu zgłoszenia Wykonawca zobowiązuje się wykonać usługę niezwłocznie, jednak w terminie nie dłuższym niż 4 godziny od otrzymania zgłoszenia.

§ 4

1. Zważywszy na losowy i niemożliwy do przewidzenia w momencie zawarcia niniejszej umowy termin oraz ilość czasu niezbędnego do wykonania przedmiotu umowy przez Wykonawcę, o których mowa w § 1 ust. 1 strony zgodnie postanawiają, iż z tytułu wykonywania czynności określonych w § 1 niniejszej umowy Wykonawca będzie otrzymywał wynagrodzenie płatne w miesiącu kalendarzowym następującym po miesiącu, za które jest należne.
2. Za realizację zadania będącego przedmiotem umowy Wykonawca otrzyma wynagrodzenie:
 - a) za jednorazowe stwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu lub w uzasadnionym przypadku karty informacyjnej w kwocie zł brutto (słownie:brutto)
 - b) ryczałtowe wynagrodzenie za każdy miesiąc pozostawania w całodobowej gotowości do świadczenia przedmiotowej usługi w kwocie zł brutto (słownie:brutto).
3. Ryczałtowe wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 lit b. oznacza stałe miesięczne wynagrodzenie Wykonawcy, płatne po zakończeniu każdego miesiąca. W okresie pozostawania w stałej gotowości, o której mowa w ust. 2 lit b Wykonawca nie świadczy na rzecz Zamawiającego żadnych usług, a jedynie pozostaje w gotowości do wykonania przedmiotu umowy, za którego to wykonanie przysługuje mu wynagrodzenie określone w ust. 2 lit a umowy.
4. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 lit. a przysługuje Wykonawcy niezależnie od wynagrodzenia, o którym mowa ust. 2 lit. b jak i również w szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy podczas wykonywania czynności polegającej na stwierdzaniu zgonu, osoba do której został wezwany Wykonawca wykazuje czynności życiowe.
5. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia ewidencji czasu wykonywania przedmiotu umowy, o którym mowa w ust. 2 lit. a, zwanej dalej Ewidencją, zgodnie ze wzorem określonym w Załączniku nr 2 do Umowy.
6. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia za wykonywanie w danym miesiącu kalendarzowym czynności określonych w §1 niniejszej umowy będzie przedłożenie Ewidencji zawierającej wskazanie łącznej liczby godzin przepracowanych w związku z realizacją niniejszej umowy w danym miesiącu kalendarzowym, w rozbiciu na poszczególne jego dni, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
7. Liczbę godzin wskazaną przez Wykonawcę w Ewidencji potwierdzają podpisem: Wykonawca oraz dyrektor/pracownik wydziału przyjmującego zgłoszenie i dyrektor/pracownik właściwego merytorycznie wydziału.

8. Fakturę wraz z Ewidencją oraz Formularzem wykonania usługi Wykonawca przedłoży najpóźniej do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, za które należne jest wynagrodzenie.
9. Liczba godzin przepracowanych w związku z realizacją Umowy, o czym mowa w § 1 ust. 1 nie może być niższa niż 1 godz. i wyższa niż 20 godz. z tytułu jednorazowego stwierdzenia zgonu, wystawienia karty zgonu oraz przybycia do miejsca, w którym znajdują się zwłoki.
10. Wynagrodzenie, o którym mowa w niniejszym paragrafie obejmuje również wszelkie inne koszty związane z wykonaniem przedmiotu umowy, w tym w szczególności koszty przejazdów, wyposażenie powołanej osoby i jej zastępców w środki ochrony indywidualnej stosowane podczas wykonywania czynności stwierdzania zgonu osoby zmarłej oraz inne wydatki poniesione w celu jej prawidłowego wykonania.
11. Wykonawca oświadcza, iż usługa wykonana będzie z zachowaniem wszelkich środków ostrożności, w tym środków ochrony indywidualnej.

§ 5

1. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 4 ust. 2 z tytułu realizacji niniejszej Umowy, będzie wypłacane Wykonawcy przelewem na rachunek bankowy podany na fakturze w terminie 14 dni od daty przedłożenia faktury wraz z Ewidencją i Formularzem wykonania usługi.
2. Wykonawca oświadcza, że jest podatnikiem podatku od towaru i usług (VAT) oraz, że jest upoważniony do wystawiania i odbioru faktur (VAT).
3. Wykonawca wystawi fakturę VAT na Powiat Łowicki, ul. Stanisławskiego 30, 99-400 Łowicz, NIP 834-18-82-519.

§ 6

Powiat zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli sposobu realizacji Umowy przez Wykonawcę przez cały okres jej trwania, w szczególności pod względem terminowości i jakości świadczonych usług.

§ 7

1. Umowa zostaje zawarta na okres od 01 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.
2. Wypowiedzenie Umowy może nastąpić przez każdą ze Stron, w formie pisemnej pod rygorem nieważności z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Powiat zastrzega sobie możliwość rozwiązania Umowy z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia na piśmie pod rygorem nieważności w przypadku zmiany przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności w przypadku uchwalenia projektu ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów.
4. Strony zastrzegają sobie możliwość zmiany warunków Umowy w czasie jej trwania, przy czym wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Załączniki wymienione w treści niniejszej Umowy stanowią jej integralną część.

§ 8

1. Dane osobowe Wykonawcy wykonującego czynności wymienione w § 1 będą przekazane do: Wojewody Łódzkiego – Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego ŁUW w Łodzi, Komendanta Wojewódzkiego Policji w Łodzi, Komendanta Powiatowego w Łowiczu oraz mogą być przekazane do dysponenta zespołów ratownictwa medycznego obsługującego powiat łowicki, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łowiczu.
2. Wykonawca wyraża zgodę na przekazanie swoich danych osobowych podmiotom, o których mowa w ust. 1.

§ 9

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej zwanym „*Rozporządzeniem*”:

- 1) administratorem danych osobowych Wykonawcy jest **Starostwo Powiatowe w Łowiczu**, ul. Stanisławskiego 30, 99-400 Łowicz, tel. +48 46 811-53-00, e-mail: starostwo@powiatlowicki.pl;
- 2) w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych pisemnie: za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: iod@powiatlowicki.pl lub poczty tradycyjnej pod adresem siedziby administratora danych;
- 3) dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a) zawarcia i wykonania niniejszej umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b *Rozporządzenia*,
 - b) prowadzenia dokumentacji niniejszej umowy oraz jej obsługi księgowej, finansowej i administracyjnej, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c *Rozporządzenia*,
 - c) ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem niniejszej umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt f *Rozporządzenia*;
- 4) odbiorcami danych mogą być podmioty lub organy upoważnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, z którymi zawarto umowę na świadczenie takich usług jak: usługi IT, obsługa prawna, windykacje należności, audyt, niszczenie dokumentacji i usługi pocztowe;
- 5) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, z uwzględnieniem terminów archiwizacji wynikających z załącznika nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r., Nr 14, poz. 67; Nr 27, poz. 140);
- 6) Wykonawca posiada prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych,
 - b) sprostowania,
 - c) ograniczenia ich przetwarzania,
 - d) wniesienia sprzeciwu (dot. tylko pkt 3 lit. c niniejszej informacji),
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, jeśli przetwarzanie danych osobowych naruszałoby przepisy *Rozporządzenia*;
- 7) podanie danych osobowych jest konieczne, by móc zrealizować niniejszą umowę;
- 8) dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 9) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny

oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu.

2. W przypadku powstałych sporów, Sądem właściwym do ich rozpatrzenia jest Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Powiatu.

§ 11

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

.....
Powiat

.....
Wykonawca

FORMULARZ WKONANIA USŁUGI

1. Imię i nazwisko osoby zmarłej:
2. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej:
3. Miejsce zgonu/ ujawnienia zwłok:
4. Data i godzina wykonania usługi.....
5. Podmioty lub osoby dokonujące zgłoszenia:.....
6. Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczam, że stwierdziłem/łam zgon i wystawiłem/łam kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/łam powyżej.

7. Dodatkowe informacje:

.....
Pieczętka i podpis lekarza stwierdzającego zgon

Załącznik nr 2 do umowy

Ewidencja godzin wykonywania umowy zawartej w dniu

Miesiąc: Rok: 2024

Nazwisko i imię Wykonawcy:

Dzień miesiąca	Liczba godzin wykonywania umowy	Podpis Wykonawcy	Uwagi	Podpis dyrektora/pracownika wydziału przyjmującego zgłoszenie
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Łączna liczba godzin przepracowanych w związku z wykonywaniem czynności				

Podpis dyrektora/pracownika właściwego merytorycznie wydziału