

OGŁOSZENIE

w sprawie powołania lekarza do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Świętochłowice

Prezydent Miasta Świętochłowice, na podstawie art. 92 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 595) oraz art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.), w celu powołania lekarza do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Świętochłowice, **przyjmuje oferty od podmiotów wykonujących działalność leczniczą** w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 217), dysponujących osobami uprawnionymi do wykonywania ww. czynności, zainteresowanych podpisaniem umowy na świadczenie tego typu usług (wzór umowy stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia).

Ogłoszenie dotyczy stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz wystawiania karty zgonu jedynie w przypadku, gdy nie można 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.

Wyżej opisane czynności będą wykonywane w oparciu o umowę cywilnoprawną zawartą z podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

Maksymalna cena jednostkowa wykonania usługi stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, zgodnie z ogłoszeniem oraz wystawienia karty zgonu, na podstawie obowiązujących przepisów prawnych, wynosi 250 zł brutto.

Zgłoszenie należy złożyć bądź przesłać na adres:

Urząd Miejski w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54, 41-600 Świętochłowice

z dopiskiem „LEKARZ” w terminie **do dnia 31.04.2015r.** (w przypadku przesłania dokumentów pocztą decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach).

Zgłoszenie powinno zawierać w szczególności:

- a. kserokopię aktualnego odpisu z rejestru lub odpowiednio wyciągu z ewidencji lub innych dokumentów potwierdzających status prawny podmiotu wykonującego działalność leczniczą i umocowanie osób go reprezentujących – jeżeli dotyczy,
- b. pełnomocnictwa do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu leczniczego, o ile umocowanie do działania w jego imieniu nie wynika z innych dokumentów złożonych wraz ze zgłoszeniem – jeżeli dotyczy,
- c. informację o kwalifikacjach osób (lekarzy) uprawnionych do wykonywania ww. czynności, którymi dysponuje podmiot wykonujący działalność leczniczą;
- d. oświadczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą o możliwości świadczenia ww. usług całodobowo we wszystkie dni w roku;

e. proponowaną cenę jednostkową wykonania usługi stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu, zgodnie z ogłoszeniem.

Wszystkie załączniki należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby upoważnione do składania oświadczeń woli zgodnie z rejestrem lub innym dokumentem potwierdzającym status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących (imienna pieczęćka bądź czytelny podpis oraz data, z jaką dokonuje potwierdzenia).

Kryterium oceny zgłoszeń stanowi najniższa cena.

Decyzję o wyborze podmiotu wykonującego działalność leczniczą podejmuje Prezydent Miasta.

Od podjętych decyzji nie przysługuje odwołanie.

W wyniku podpisania umowy(-ów) na wykonanie usług, których dotyczy niniejsze ogłoszenie, powinno być zapewnione przez wybranego wykonawcę świadczenie tych usług całodobowo we wszystkie dni w roku.

Cena jednostkowa wykonania usługi ustalona w umowie może być niższa niż określona w ogłoszeniu.

Prezydent Miasta zastrzega sobie prawo do odwołania ogłoszenia bez podania przyczyny.

Dodatkowych informacji na temat warunków postępowania udziela Wydział Nadzoru Właścicielskiego i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54, pokój: 208 lub 306 tel. (0-32) 3491-920 / 3491-852, e – mail: nwz@swietochlowice.pl

PREZYDENT MIASTA

David Kostempski

UMOWA

zawarta w dniu.....

pomiędzy

Gminą Świętochłowice, z siedzibą w Świętochłowicach przy ul. Katowickiej 54, NIP: 627-10-08-169 zwaną dalej „Zamawiającym”, reprezentowaną przez:

1.

a

..... z siedzibą w, NIP:,
REGON:, reprezentowanym przez

zwanym dalej „Wykonawcą”

z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn.zm.)

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług w postaci stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz wystawiania karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Świętochłowice wskazanych Wykonawcy przez Policję / Straż Miejską.
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 / Straży Miejskiej 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.

§ 3

1. Strony ustalają wynagrodzenie za stwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu - zł brutto. Wynagrodzenie zostanie wypłacone ze środków budżetowych zapisanych w dziale 851, rozdziale 85195 § 4300.
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji Umowy będzie wypłacone Wykonawcy przelewem na rachunek bankowy nr..... w terminie do 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 31 grudnia 2013 r.
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

4. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy.
5. 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.
6. 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. z 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 217), ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.), ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełnienia (Dz. U. z 2001r. Nr 153, poz. 1782 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961r. Nr 39, 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

Załącznik do umowy dotyczącej świadczenia usług stwierdzenia zgonu
na terenie Miasta Świętochłowice

FORMULARZ DOTYCZĄCY ZGONU

Imię i nazwisko zmarłego:.....
Miejsce zamieszkania zmarłego:
.....
Miejsce zgonu:
.....
Data i godzina oględzin:
.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon

Imię i nazwisko funkcjonariusza Policji / Straży Miejskiej 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 / Straży Miejskiej