

ROZEZNANIE RYNKU

1. ZAMAWIAJĄCY:

Powiat Policki / Starostwo Powiatowe w Policach
72-010 Police, ul. Tanowska 8
NIP: 851 25 50 446

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA :

Przedmiotem zamówienia będzie wykonywanie usług polegających na stwierdzeniu, w drodze oględzin, dokonanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności, zgonu i jego przyczyny oraz wystawianie karty zgonu, w odniesieniu do osoby i okoliczności wskazanych przez upoważnionego pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zgłaszającego zaistnienie przedmiotowej okoliczności.

Szczegóły organizacyjne dotyczące realizacji ww. przedmiotu zamówienia określono w projekcie umowy, który stanowi załącznik do niniejszego rozeznania rynku.

3. TERMIN WYKONANIA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Usługa będzie realizowana od 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r.

4. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

Oferty należy składać za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: maciejkowicz@policki.pl w terminie do 28 grudnia 2020 r., do godz. 15.00, z dopiskiem w tytule „Usługa w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny”.

5. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Oferta winna zawierać m.in.:

- 1) dane dotyczące oferenta (pełna nazwa, kompletny adres siedziby, numer telefonu, numer NIP, adres email);
- 2) datę sporządzenia oferty;
- 3) cenę netto i brutto za jednorazowe wykonanie ww. usługi.

6. KRYTERIA WYBORU OFERT:

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie kryterium: 100 % cena.

7. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY:

Ocena złożonych ofert zostanie dokonana w dniu 29 grudnia 2020 r. Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie przekazana oferentom za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail wskazany w ofercie.

8. DANE KONTAKTOWE DO OSOBY PROWADZĄCEJ SPRAWĘ:

Informacji w sprawie niniejszego rozeznania rynku udziela Agnieszka Maciejkowicz, Podinspektor w Wydziale Spraw Obywatelskich Starostwa Powiatowego w Policach, nr tel. 91 432 81 43, e-mail maciejkowicz@policki.pl

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia niniejszej procedury rozeznania rynku bez konieczności podania przyczyny. W przypadku zaistniałej sytuacji punkt 7 zdanie 2 stosuje się odpowiednio.

Naczelnik Wydziału

Edyta Rudecka

Sporządziła:
Podinspektor
Agnieszka Maciejkowicz

Na oryginale właściwe podpisy.

UMOWA

zawarta w dniu ... stycznia 2021 r. w Policach pomiędzy:

Powiatem Polickim z siedzibą w Policach przy ul. Tanowskiej 8, zwanym dalej „Zamawiającym”, reprezentowanym przez Zarząd Powiatu w Policach, w imieniu którego działają:

1. Andrzej Bednarek – Starosta Policki,
2. Beata Chmielewska – Członek Zarządu Powiatu w Policach,

a

.....
zwaną dalej „Wykonawcą”, reprezentowaną przez:

.....

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie usług polegających na stwierdzeniu, w drodze oględzin, dokonanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności, zgonu i jego przyczyny oraz wystawianie karty zgonu, zwanej dalej „usługą”, w odniesieniu do osoby i okoliczności wskazanych przez upoważnionego pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach zgłaszającego zaistnienie przedmiotowej okoliczności.

2. Usługa będzie realizowana w sytuacji, o której mowa:

- a) w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947), tj. kiedy do ustalenia zgonu i jego przyczyny nie będzie można ustalić lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie,
- b) w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202), tj. w przypadku gdy nie ma lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich.

3. Usługa winna być realizowana zgodnie z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących przepisów prawa oraz zasad i procedur sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących w niniejszym zakresie.

4. Okoliczności, o których mowa w ust. 2, przed zgłoszeniem do Wykonawcy, weryfikuje uprawniony pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

5. Wykonawca będzie realizował usługę w granicach administracyjnych Powiatu Polickiego, na podstawie zgłoszeń dokonanych przez upoważnionego pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach.

6. Usługa będzie realizowana przez całą dobę, we wszystkie dni tygodnia, wraz z całodobową dostępnością do linii telefonicznej z przypisanym do niej aktywnym numerem telefonu, pod którym upoważniony pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach będzie mógł zgłosić potrzebę wykonania usługi.

7. Wykonawca wskazuje, iż numer całodobowego telefonu, o którym mowa w ust. 6, to:

§ 2. 1. Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1) zapewnienia dostępnego w czasie, o którym mowa w § 1 ust. 5, lekarza(-y) który(-rzy) będzie(-ą) wykonywał(-ć) usługę, po jej uprzednim zgłoszeniu do Wykonawcy przez upoważnionego pracownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach, tj. stawi się bez zbędnej zwłoki na wskazane przez upoważnionego pracownika Powiatowego

Centrum Pomocy Rodzinie w Policach miejsce (adres), gdzie po dokonaniu oględzin zwłok, stwierdzi zgon i jego przyczynę oraz wystawi kartę zgonu, zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi dotyczącymi kart zgonu, tj. zgodnie z rozporządzeniem, o którym mowa w § 1 ust. 2 lit. b oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. (Dz. U. poz. 1085),

- 2) zapewnienia całodobowej dostępności do linii telefonicznej z przypisanym do niej numerem telefonu, o którym mowa w § 1 ust. 7, pod którym upoważniony pracownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Policach będzie mógł zgłosić potrzebę wykonania usługi.

2. Wykonawca oświadcza, iż:

- 1) dysponuje odpowiednim wykwalifikowanym personelem oraz posiada potencjał techniczny i organizacyjny, pozwalający na realizację usługi, zgodnie z przepisami prawa i standardami obowiązującymi w niniejszym zakresie,
- 2) odpowiada za wszelkie ewentualne szkody wyrządzone komukolwiek w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem usługi.

§ 3. 1. Z tytułu wykonywania usług Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie ryczałtowe za jednorazową usługę w kwocie zł brutto (słownie: złotych) za jednorazową, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Łączna wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć w okresie, o którym mowa w § 4, kwoty zł brutto (słownie: złotych).

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, płatne będzie na podstawie faktur(-y) VAT wystawionych(-ej) przez Wykonawcę.

4. Do faktur(-y) VAT, o której(-ych) mowa w ust. 3, Wykonawca będzie dołączał „formularz dotyczący stwierdzenia zgonu”, którego wzór stanowi załącznik do niniejszej umowy.

5. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy numer, w terminie 14 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionych(-ej) faktur(-y), o których(-ej) mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem, iż rachunek bankowy musi być zgodny z numerem rachunku ujawnionego w wykazie prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej. W sytuacji, gdy w ww. wykazie ujawniony jest inny numer rachunku bankowego, płatność wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, dokonana zostanie na rachunek bankowy ujawniony w tym wykazie. Za datę zapłaty strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 4. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r.

§ 5. 1. Zamawiający może odstąpić od umowy w przypadkach przewidzianych przepisami prawa, w szczególności jeżeli:

- 3) Wykonawca nie wykonuje albo nienależyście wykonuje usługi, tj. niezgodnie z przepisami prawa i standardami obowiązującymi w niniejszym zakresie, oraz uregulowaniami zawartymi w niniejszej umowie,
- 1) zaistniała istotna zmiana okoliczności powodująca, że wykonywanie niniejszej umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia niniejszej umowy,
- 2) nastąpią zmiany przepisów prawa dotyczące czynności będących przedmiotem usługi,
 - Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

2. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od niniejszej umowy, jeżeli Zamawiający zawiadomi Wykonawcę o niemożności spełnienia swoich zobowiązań umownych na skutek zaistnienia uprzednio nieprzewidzianych okoliczności. Wykonawca może odstąpić od niniejszej umowy w terminie 7 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

3. Odstąpienie od niniejszej umowy musi nastąpić w formie pisemnej, pod rygorem nieważności takiego odstąpienia, a także musi zawierać uzasadnienie faktyczne i prawne.

§ 6. 1. Nienależyte wykonywanie niniejszej umowy przez Wykonawcę obciążone będzie każdorazowo karą umowną w wysokości 50 % wartości wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1. Jeżeli ww. kara umowna nie pokryje poniesionej przez Zamawiającego szkody w całości, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

2. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie naliczonej kary umownej, o której mowa w ust. 1, ze swojego wynagrodzenia. Potrącenie nastąpi na podstawie noty księgowej wystawionej przez Zamawiającego. W przypadku braku możliwości potrącenia – termin zapłaty z tytułu kar umownych ustala się na 14 dni od daty doręczenia Wykonawcy noty księgowej.

3. Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

§ 7. 1. W sprawach nieregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

3. Spory między stronami na tle stosowania niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

4. Niniejszą umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zamawiający

Wykonawca

.....
pieczętka nagłówkowa wykonawcy

FORMULARZ DOTYCZĄCY STWIERDZENIA ZGONU
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITARAMI)

Część I. Wypełnia lekarz stwierdzający zgon i jego przyczynę.

Imię i nazwisko zmarłego:

.....

Data i miejsce urodzenia zmarłego:

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Płeć zmarłego:

Kobieta	Mężczyzna
---------	-----------

Miejsce oraz data i godzina dokonania oględzin:

Data i godzina zgonu:

.....

Przyczyna zgonu:

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza stwierdzającego zgon

Część II. Wypełnia funkcjonariusz (np. policji lub straży miejskiej) uczestniczący w czynnościach na miejscu zdarzenia.

Imię i nazwisko oraz stopień służbowy i nr legitymacji służbowej funkcjonariusza uczestniczącego w czynnościach na miejscu zdarzenia:

.....

Oświadczenie funkcjonariusza, którego dane podano powyżej:

Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie można było ustalić lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie ani lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał zmarłemu świadczeń lekarskich.

.....
pieczętka i podpis funkcjonariusza
uczestniczącego w czynnościach na miejscu zdarzenia