

ZARZĄDZENIE NR 19/2019
PREZYDENTA MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE
z dnia 22.01.2019 r.

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

Na podstawie art. 30 ust. 1 Ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r., poz.994 z późn. zm.), art. 92 ust. 1 pkt. 2 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2018 r., poz. 995 z późn. zm.), w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.).

zarządza się, co następuje:

§ 1

Ogłasza się procedurę powołania lekarza do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Świętochłowice, w brzmieniu określonym w ogłoszeniu, którego treść stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie Zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Kultury, Sportu Zdrowia i Spraw Społecznych.

§ 3

Zarządzenia wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Z up. Prezydenta Miasta
Pierwszy Zastępca
Prezydenta Miasta
Sonia Kwaśny
Sonia Kwaśny

Naczelnik Wydziału

Joanna Berstiańkiewicz

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr. 19/2019
Prezydenta Miasta Świętochłowice
z dnia 22.01.2019r.

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. 30 Ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r., poz.994 z późn. zm.), art. 92 ust. 1 pkt. 2 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2018 r., poz. 995 z późn. zm.), w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r., poz. 912, 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 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190, z późn. zm.), dysponujących osobami uprawnionymi do wykonania ww. czynności, zainteresowanych podpisaniem umowy na świadczenie tego typu usług (wzór umowy stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia).

Ogłoszenie dotyczy wykonywania usługi stwierdzenia 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 oraz wystawienia karty zgonu, na podstawie obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z ogłoszeniem, wynosi 500 zł brutto.

Zgłoszenie należy złożyć bądź przesłać na adres:

Urząd Miejski w Świętochłowicach, Wydział Kultury Sportu Zdrowia i Spraw Społecznych
ul. Katowicka 54, 41-600 Świętochłowice

z dopiskiem „LEKARZ” w terminie do dnia 05.02.2019 (w przypadku przesłania dokumentów pocztą decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach).

Zgłoszenie powinno zawierać w szczególności:

1. kserokopie 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,

2. 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,
3. informację o kwalifikacjach osób (lekarzy) uprawnionych do wykonywania ww. czynności, którymi dysponuje podmiot wykonujący działalność leczniczą,
4. oświadczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą o możliwości świadczenia ww. usług w godzinach od 18:00 do 08:00 od poniedziałku do piątku, oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy,
5. 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 pieczęćki 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.

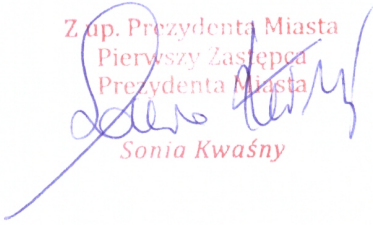
Od podjętych decyzji nie przysługuje odwołanie.

W wyniku podpisania umowy(-ów) na wykonanie usług, których dotyczy niniejsze ogłoszenie, powinno być zapewnione przez wybranego wykonawcę świadczenie tych usług w godzinach od 18:00 do 08:00 od poniedziałku do piątku, oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

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 Kultury Sportu Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54, pokój 310, tel. (0-32) 34 91-845/846, e-mail: kszw@swietochlowice.pl

Z up. Prezydenta Miasta
Pierwszy Zastępca
Prezydenta Miasta

Sonia Kwaśny

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

UMOWA

zawarta w dniu.....

pomiędzy

Gminą Świętochłowice, z siedzibą w Świętochłowicach przy ul. Katowickiej 54, NIP: 627-27-48-738 zwaną dalej „Zamawiającym”, reprezentowaną przez:

a

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

zwanym dalej „Wykonawcą”

z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 z późn. zm.)

o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usług w postaci stwierdzenia 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..... (od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00, oraz całodobowo w soboty niedziele i dni ustawowo wolne od pracy), bądź osobiście w miejscu zamieszkania..... w siedzibie.....
2. Wykonawca po otrzymaniu zgłoszenia zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia bez zbędnej zwłoki (nie później niż w czasie.....godzin).

§ 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 14 dni od daty przedłożenia rachunku/faktury VAT.
3. Do rachunku/faktury 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.....
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

1. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z wykonaniem niniejszej Umowy.
2. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez Wykonawcę obciążone będzie każdorazowo kara 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.
3. 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 2018 r., poz. 1025 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.), ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2017 r., poz. 912, z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r., w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2015 r., poz. 231 z późn. zm.), 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).
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