**PROJEKT UMOWY: Umowa Nr MSZ.STR1/2021**

**o powierzenie realizacji zadania pod nazwą: Świadczenie usługi w zakresie odbioru i transportu zwłok osób zmarłych w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym.**

zawarta w dniu…………………..2021 r. pomiędzy:

**SP ZOZ Miejskim Szpitalem Zespolonym** z siedzibą w Częstochowie przy   
ul. Mirowskiej 15, 42 – 200 Częstochowa

**NIP: 949-17-63-544; REGON: 151586247 KRS: 0000026830**

reprezentowanym przez:

**Dyrektora Wojciecha Koniecznego**

zwany dalej ***„USŁUGODAWCĄ***”

a

.....................................................................................................

**NIP: ................................** **REGON: ................................... KRS: ...............................**

reprezentowanym przez:

**.................................................................**

zwany dalej ***„USŁUGOBIORCĄ ”***

Usługobiorca został wybrany przez Usługodawcę w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonego w drodze zaproszenia do składania ofert dla zamówienia o wartości nie przekraczającej kwoty wskazanej w art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 11.09.2019r. Prawo zamówień publicznych ( Dz.U. 2019.2019 ze zm. ), ogłoszonego na stronie internetowej Usługodawcy w dniu 02.02.2021r.

**§ 1**

1. Przedmiotem zamówienia jest: Świadczenie usług w zakresie odbioru i transportu zwłok osób zmarłych w oddziałach szpitalnych w poszczególnych obiektach SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego usytuowanych w Częstochowieprzy:
   1. ul. Mirowskiej 15,
   2. ul. Bony 1/3,
   3. ul. Mickiewicza 12,

do pomieszczenia kostnicy szpitalnej wskazanego przez Usługodawcę znajdującego się na terenie Miasta Częstochowy.

1. W ramach transportu Usługobiorca będzie zobowiązany do podstawienia pod wskazane miejsce pojazdu przeznaczonego do transportu zwłok wraz z obsługą, odebrania zwłok z oddziału i umieszczenia ich w worku dostarczonym przez Usługobiorcę ( w przypadku osób zmarłych na COVID – 19 umieszczeniu zwłok w dwóch workach dostarczonych przez Usługobiorcę) a następnie kapsule transportowej i wtedy w samochodzie, i po zakończeniu przewozu do przeniesienia ich we wskazane miejsce ich przechowywania. W przypadku awarii/zdarzeń drogowych Usługobiorca zobowiązuje się kontynuować/wykonać transport innym środkiem przystosowanym do transportu zwłok.
2. Usługobiorca oświadcza, że przed złożeniem oferty zapoznał się z wszystkimi warunkami, które są niezbędne do wykonania przez niego przedmiotu umowy bez konieczności ponoszenia przez Usługodawcę jakichkolwiek dodatkowych kosztów.
3. Usługodawca na potrzeby realizacji przedmiotu zamówienia wyda Usługobiorcy kartę wjazdową do placówki Szpitala przy ul. Mirowskiej 15. Karta wjazdowa zostanie wydana po opłaceniu jej w kasie szpitala zgodnie z obecnie obowiązującym cennikiem (cena karty) i będzie doładowana na okres trwania umowy po uiszczeniu opłaty abonamentowej karty przez Usługobiorcę.

**§ 2**

1. Strony umowy ustalają, że obowiązującą formą wynagrodzenia zgodnie ze specyfikacją określoną w § 1 ust.1 niniejszej umowy będzie wynagrodzenie za każdy transport w wysokości:

a) Cena jednostkowa w odniesieniu do jednej osoby zmarłej za wykonanie usługi:  
 Netto: …............ PLN (słownie: ….....………………………………………………...)

Brutto: …… ....... PLN (słownie: ............................................................................)

2. Cena obejmuje wszystkie koszty materiałów i sprzętów oraz koszty osobowe   
z uwzględnieniem wszystkich opłat i podatków.

3. Usługodawca zapłaci Usługobiorcy wynagrodzenie za realizację całości zamówienia w łącznej kwocie brutto…………….…., ( słownie:…..………………….

………………………………………………………………………………………………)

4. Usługobiorca daje gwarancje niezmienności cen brutto przedstawionych w ofercie przez okres obowiązywania umowy.

5. Niepełna realizacja zamówienia ze strony Usługodawcy nie pociąga za sobą jakichkolwiek roszczeń odszkodowawczych z tego tytułu, jak też nie narusza postanowień umowy.

6. Wynagrodzenie za przedmiot umowy będzie ustalane w okresach miesięcznych na podstawie wystawionej przez Usługobiorcę faktury oraz załącznika, który winien zawierać :

- imię i nazwisko osoby zmarłej

- datę zgonu

- nazwę oddziału szpitalnego

- godzinę zgonu, godzinę odbioru zwłok, godzinę przekazania zwłok.

7. Wynagrodzenie za prace stanowiące przedmiot umowy będzie płatne przelewem na konto wskazane przez Usługobiorcę w treści faktury, z zastrzeżeniem zastosowania mechanizmu podzielonej płatności polegającym na tym, że:

a) zapłaty kwoty odpowiadającej całości albo części kwoty podatku wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek VAT;

b) zapłata całości albo części kwoty odpowiadającej wartości sprzedaży netto wynikającej z otrzymanej faktury jest dokonywana na rachunek bankowy albo na rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, dla których jest prowadzony rachunek VAT, albo jest rozliczana w inny sposób.

8. Usługodawca wyraża zgodę na przesyłanie przez Usługobiorcę ustrukturyzowanych faktur elektronicznych za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania (PEF), na której posiada aktywne konto, natomiast nie wyraża zgody na przesyłanie przez Usługobiorcę innych niż faktury ustrukturyzowanych dokumentów elektronicznych.

9. Ustrukturyzowana faktura elektroniczna winna zawierać dane wymienione w art. 6 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym.

10. W przypadku przedstawienia przez Usługobiorcę nieczytelnej lub wystawionej niezgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług faktury VAT Usługodawca zastrzega sobie prawo odmówienia jej przyjęcia.

11. W przypadku nie dostarczenia lub dostarczenia nieczytelnego załącznika do faktury VAT wymaganego w SIWZ Usługodawca zastrzega sobie prawo odmówienia przyjęcia faktury VAT.

12. Zapłata wynagrodzenia nastąpi w formie polecenia przelewu w terminie 60 dni od daty otrzymania przez Usługodawcę faktury VAT wraz z załącznikiem .

13. W przypadku nieterminowej zapłaty wynagrodzenia przez Usługodawcę, Usługobiorcy nie przysługuje prawo wstrzymania świadczenia usług objętych niniejszą umową. W przypadku zwłoki w zapłacie wynagrodzenia za dokonane usługi Wykonawca może naliczyć ustawowe odsetki za opóźnienie.

**§ 3**

1. Usługobiorca oświadcza, że posiada odpowiednio przystosowane środki transportu przeznaczone do przewozu zwłok.

2. Usługobiorca zobowiązuje się do odbioru i transportu zwłok osób zmarłych z poszczególnych obiektów wchodzących w skład SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w terminie pomiędzy drugą, a trzecią godziną od stwierdzenia ich śmierci kartą zgonu jednak nie później niż w ciągu jednej godziny od momentu wezwania przez personel Usługodawcy. Przewóz ciała osoby zmarłej do kostnicy szpitalnej musi nastąpić do 1 godziny od momentu zabrania ciała zmarłego.

3. Usługobiorca zobowiązany jest wykonywać usługę przy zachowaniu wszelkich wymogów określonych w przepisach szczegółowych, przez co należy rozumieć między innymi zachowanie godności należnej zmarłemu i poszanowanie zwłok.

4. Usługodawca wymaga, aby Usługobiorca wykonywał przedmiot zamówienia przy użyciu kapsuły do transportu zwłok.

1. Usługobiorca oświadcza, że osoby uczestniczące w realizacji zamówienia, oraz pojazdy służące do transportu zwłok nie będą posiadały oznaczeń identyfikacyjnych firmę wykonującą usługę, a w szczególności jej nazwę i logo.
2. Usługobiorca zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszelkich danych uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy i nie przekazywania ich innym podmiotom, ani osobom w szczególności zakładom pogrzebowym.
3. Osoby uczestniczące w transporcie zwłok nie mogą reklamować, informować ani wręczać materiałów reklamowych, informacyjnych o usługach pogrzebowych.
4. Usługobiorca oświadcza, iż posiada w związku z prowadzoną działalnością ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.

**§ 4**

* + 1. Usługodawca każdorazowo zleci pod wskazany numer telefonu odbiór zwłok osoby zmarłej z poszczególnych obiektów SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego.
    2. Zlecenia przekazywane będą przez personel Usługodawcy na całodobowy   
       nr tel./faks ………………......................
    3. Strony dopuszczają możliwość ustnego zlecenia, jednak w tym wypadku stosowne potwierdzenie odbioru nastąpi w formie pisemnej jednocześnie z wydaniem zwłok Usługobiorcy.
    4. Dokumentem uprawniającym do transportu zwłok jest „Karta Skierowania zwłok do chłodni” opracowana przez MSZ.
    5. Usługobiorca zobowiązuje się do utrzymywania kontaktu telefonicznego   
       z Usługodawcą w celu uzyskania informacji o terminach zleceń.
    6. O zaistniałych lub przewidywanych przeszkodach w wykonaniu usługi Usługobiorca obowiązany jest niezwłocznie powiadomić Usługodawcę.
    7. Usługobiorca ponosi odpowiedzialność za wyrządzenie Usługodawcy szkody wynikłej z jego winy.

**§ 5**

1. Umowa zostaje zawarta na okres 12 miesięcy od dnia **...........2021 r**. do dnia **.........2022 r.** z możliwością jej rozwiązania  
   w drodze porozumienia stron.
2. Strony zgodnie postanawiają, że umowa wygasa w przypadku wyczerpania kwoty umowy wskazanej w § 2 ust. 3.

**§ 6**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć  
   w chwili zawarcia umowy, Usługodawca może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
2. Usługodawca może odstąpić od umowy w przypadku zaistnienia innych okoliczności wynikających wprost z ustawy, w szczególności z art. 456 PZP.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonanej części umowy. Usługobiorcy nie przysługują w takim przypadku żadne roszczenia odszkodowawcze.
4. Jeżeli przedmiot umowy będzie wykonywany przez Usługobiorcę w sposób wadliwy lub sprzeczny z umową, Usługodawca może od umowy odstąpić, powierzając poprawienie lub dalsze wykonanie przedmiotu umowy innej osobie lub podmiotowi na koszt Usługobiorcy ( wykonanie zastępcze ).

**§ 7**

* + - * 1. Usługobiorca zapłaci Usługodawcy kary umowne w wysokości 50 % ceny jednego transportu, w przypadku nienależytego i nieterminowego wykonania usługi, za każdy taki transport.
        2. Usługobiorca zapłaci Usługodawcy kary umowne w wysokości 1.000 PLN   
           w przypadku naruszenia jednego z zapisów § 3 niniejszej umowy.
        3. Usługodawca zapłaci Usługobiorcy kary umowne w wysokości 50% ceny jednego transportu, w przypadku nie poinformowania o ewentualnych zmianach związanych z realizacją przedmiotu umowy i mających bezpośredni wpływ na nienależyte i nieterminowe wykonanie przewozu.
        4. Kara umowna płatna będzie w ciągu 7 dni od daty wystawienia Usługobiorcy noty obciążeniowej obejmującej naliczoną karę umowną, przy czym Usługodawca ma prawo potrąceń kwoty kary umownej z bieżących faktur za wykonane usługi, wystawionych przez Usługobiorcę.
        5. Zapłata kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego zastrzeżoną karę umowną na zasadach ogólnych.

**§ 8**

1. Przeniesienie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy w sposób określony trybem art. 509-518 KC wymaga zgody Usługodawcy, udzielonej w trybie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Bez zgody Usługodawcy wierzytelności wynikające z niniejszej umowy nie mogą stanowić przedmiotu poręczenia, ani jakiejkolwiek innej umowy zmieniającej strony stosunku zobowiązaniowego wynikającego z realizacji niniejszej umowy.

**§9**

1.Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle wykonywania niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie Sądu właściwego miejscowo dla Usługodawcy.

3.W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową obowiązują odpowiednie przepisy:

Ustawy Kodeks Cywilny.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **USŁUGOBIORCA**  ........................................................................ | **USŁUGODAWCA**  ........................................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | .................................................... |  |  | Częstochowa, dnia.............................. | | | | | | |
|  |  | Pieczątka Oddziału |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | **KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI** | | | | | | | |  |  |
|  |  | **DANE OSOBY ZMARŁEJ** | | | | | | | |  |  |
|  |  | .................................................... | .................................................... | | | .................................................... | | | |  |  |
|  |  | Imię | Nazwisko | | | Płeć | | | |  |  |
|  |  | .................................................... | .................................................... | | | .................................................... | | | |  |  |
|  |  | PESEL lub Nr dok. Tożsamości | Znaki Szczególne | | | Data i godz. zgonu | | | |  |  |
|  |  | **MIEJSCE ZGONU** | | | | | | | |  |  |
|  |  | ODDZIAŁ SZPITALNY | .......................................................................................................... | | | | | | |  |  |
|  |  | GODZINA SKIEROWANIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI: | | | | | **............ : ............** | | |  |  |
|  |  | **DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ** | | | | | | | |  |  |
|  |  | .................................................... | .................................................... | | | .................................................... | | | |  |  |
|  |  | Stanowisko | Imię i Nazwisko | | | Podpis i pieczątka | | | |  |  |
|  |  | **FIRMA TRANSPORTOWA** | | | | | | | |  |  |
|  |  | .................................................... | .................................................... | | | .................................................... | | | |  |  |
|  |  | Data i godzina transportu | Imię i Nazwisko | | | Podpis | | | |  |  |
|  |  | **KOSTNICA SZPITALNA** | | | | | | | |  |  |
|  |  | GODZINA PRZYJĘCIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI: | | | | | **............ : ............** | | |  |  |
|  |  | DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ | | | | | | | |  |  |
|  |  | .................................................... | .................................................... | | | .................................................... | | | |  |  |
|  |  | Stanowisko | Imię i Nazwisko | | | Podpis | | | |  |  |
| Druk wewnętrzny Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie opracowany zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. | | | | | | | | | | | |
| **Karta skierowania** **zwłok/szczątków dziecka martwo urodzonego** **do chłodni w prosektorium**  ………………………….  *pieczątka oddziału*  **Zwłoki / szczątki dziecka martwo urodzonego**  Nazwisko matki z ewentualnym wpisem ,,córka" lub ,,syn"  ..................................................................................................................................................................  pesel matki □□□□□□□□□□□  numer historii choroby □□□□□/□□□□  Data i godzina poronienia lub tożsama data i godzina urodzenia i zgonu dziecka martwo urodzonego  ............................................./................................................  Godzina skierowania zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni................................  Według oświadczenia matki (decyzji dotyczącej postępowania ze zwłokami / szczątkami dziecka martwo urodzonego)  □ odbiór zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego przez rodzinę celem pochówku  □ pozostawienie zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego celem zbiorowego pochówku organizowanego przez MOPS w obrządku rzymsko – katolickim | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko oraz podpis położnej sporządzającej kartę  ..................................................................................................................................................................  Godzina przyjęcia zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni.......................................  Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej  .................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |

*SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i Nazwisko | Oddział i Szpital | Data i godzina zgonu | Data i godzina odbioru ciała | Data i godzina przekazania ciała | (UWAGI)  WPISAĆ JEŚLI BYŁ CHORY NA COVID -19  ADNOTACJE COVID - 19 |
| 1. |  | Np. Wewnętrzny biegański |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |