

Wzór umowy nr \_\_\_\_\_/2015

Zawarta w dniu.....2015 r. w Szczecinie pomiędzy  
**Skarbem Państwa – Komendantem Wojewódzkim Policji w Szczecinie**  
**reprezentowanym przez Zastępcę Komendanta Wojewódzkiego Policji w Szczecinie – mgr.**  
**Marka Jasztala**

zwanym w treści umowy „Zamawiającym”

a

.....  
zwanym w treści umowy „Wykonawcą”.

Umowa została zawarta zgodnie z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego nr .....

**§ 1**

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje obowiązek świadczenia całodobowych usług medycznych określonych w § 2 umowy dla potrzeb KPP/KMP..... oraz innych jednostek Policji, osobom zatrzymanym, spełniającym warunki wskazane w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z 2012 r., poz. 1102), rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012r. w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obszaru z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. 2012 , poz 638), rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartość alkoholu w organizmie ( Dz. U. Nr 25 poz. 117 ), art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.
2. Wykonywanie przedmiotu umowy odbywać się będzie w oparciu o pisemny wniosek wystawiony przez funkcjonariusza dokonującego zatrzymania, a w sytuacji widocznych obrażeń ciała lub utraty przytomności, także na ustny wniosek funkcjonariusza, który jednak niezwłocznie zostanie potwierdzony na piśmie. Wzór pisemnego wniosku, o którym mowa powyżej stanowi załącznik nr 1 do umowy.

**§ 2**

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia następujących usług medycznych osobom zatrzymanym, doprowadzonym przez funkcjonariuszy Zamawiającego:
  - 1) wykonania badania lekarskiego osobom doprowadzonym do miejsca wykonywania badań i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;
  - 2) wydania zaświadczenia lekarskiego o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych do przebywania osoby zatrzymanej w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym wraz z uzasadnieniem (wg obowiązujących wzorów, załącznik nr 2 i 3);
  - 3) wystawienia recepty na niezbędne leki oraz wskazania do ich stosowania i dawkowania;

- 4) pobrania krwi (bez badania analitycznego) od osoby zatrzymanej na zawartość we krwi alkoholu bądź innego podobnie działającego środka oraz sporządzenie protokołu pobrania krwi.
2. Pakiet do pobrania próbek krwi z drukiem protokołu dostarczy każdorazowo Zamawiający.
3. Dodatkowe specjalistyczne badania diagnostyczne konieczne do oceny stanu zdrowia osoby doprowadzonej będą wykonywane za dodatkową opłatą wg aktualnie obowiązującego cennika usług medycznych Wykonawcy.
  - 1) Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia aktualnego cennika usług medycznych w dniu podpisania umowy.
  - 2) Wykonawca zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia o każdej zmianie cen w w/w cenniku.
4. Leczenie osób zatrzymanych nie wchodzi w zakres umowy i odbywa się na zasadach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

### § 3

1. Wykonawca zobowiązuje się przy udzielaniu świadczeń określonych w § 2 umowy przestrzegać obowiązujących przepisów prawnych dotyczących świadczeń zdrowotnych.
2. Funkcjonariusze Zamawiającego zapewnią pracownikom Wykonawcy bezpieczeństwo w czasie wykonywania świadczeń określonych w § 2 ust. 1 umowy.
3. Udzielane świadczenia będą dokumentowane przez Wykonawcę w książce porad ambulatoryjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### § 4

Wykonawca gwarantuje wykonanie przedmiotu umowy:

1. W obiekcie adres:.....,w którym wyposażenie i urządzenia są zgodne z wymaganiami, określonymi dla placówek medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. Przez personel medyczny, posiadający odpowiednią wiedzę i kwalifikacje, pozwalające na wykonywanie czynności medycznych, związanych z przedmiotem umowy, z należytą starannością, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz z zachowaniem zasad etyki zawodowej.
3. W ciągu całej doby, bez względu na dzień tygodnia.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany miejsca wykonywania usług z zachowaniem warunków określonych w § 4 ust. 1 i 2 oraz z zastrzeżeniem, że obiekt, w którym będą wykonywane badania musi być położony w granicach administracyjnych miasta ..... Wykonawca zobowiązany jest powiadomić każdorazowo Zamawiającego o zmianie adresu placówki, w której wykonywane będą badania w terminie 14 dni przed taką zmianą na nr tel.....
5. Do współpracy w zakresie realizacji umowy wyznacza się następujące osoby: ze strony Wykonawcy p.....tel....., a ze strony Zamawiającego p..... tel.....

### § 5

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik nr .... do umowy.
2. Strony ustalają wynagrodzenie za wykonanie czynności określonych w § 2 ust.1 pkt 1-3 umowy, w stosunku do osoby zatrzymanej, w wysokości ..... zł (słownie: .....zł).
3. Za wykonanie czynności określonej w § 2 ust.1 pkt 4 umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy należność w wysokości .....zł (słownie: .....zł).
4. Łączna maksymalna wartość umowy brutto wynosi ..... zł (słownie: .....zł).

## **§ 6**

1. Rozliczenie usług określonych umową odbywać się będzie po zakończeniu każdego miesiąca.
2. Do każdej faktury Wykonawca dołączy wykaz wykonanych usług medycznych oraz wniosków, o którym mowa w § 1 ust. 2, zgodnie z Załącznikiem nr 1.
3. Wykonawca wystawioną fakturę wraz z kompletem załączników, o których mowa w ust. 2 prześle do KPP, która po potwierdzeniu wykonanych usług przekaże ją niezwłocznie do opłacenia Komendzie Wojewódzkiej Policji w Szczecinie. Faktura winna zawierać wyszczególnienie ilości wykonanych badań lekarskich i osobno wyszczególnienie ilości wykonanych pobrań krwi.
4. Zapłata dokonywana będzie przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie do 30 dni od daty otrzymania od Wykonawcy poprawnie wystawionej faktury wraz z kompletem załączników za wykonane usługi objęte niniejszą umową.
5. Za termin zapłaty przyjmuje się datę obciążenia przez bank rachunku Zamawiającego.
6. W przypadku niedotrzymania terminu płatności Zamawiający zapłaci Wykonawcy odsetki ustawowe za zwłokę po uprzednim pisemnym wezwaniu.
7. Dane płatnika faktury: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie, 70-515 Szczecin, ul. Małopolska 47, NIP: 851-030-96-92 REGON: 810903040.

## **§ 7**

1. Umowa zostaje zawarta na okres 12 miesięcy od .....
2. W przypadku wykorzystania kwoty, o której mowa w § 5 ust. 4 umowa wygaśnie przed upływem tego terminu. W przypadku nie wykorzystania kwoty umownej, o której mowa w § 5 ust. 4 dopuszcza się przedłużenie czasu trwania umowy do jej wykorzystania.

## **§ 8**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
  - 1) wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy w takim wypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
  - 2) wykonawca nie wywiązuje się z postanowień niniejszej umowy.
2. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.
3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w terminie do 30 dni od zaistnienia okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 1.

## **§ 9**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne za odstąpienie od umowy z winy Wykonawcy w wysokości 10% wartości umownej, określonej w § 5 ust. 4.
2. Zamawiający zapłaci Wykonawcy kary umowne z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Zamawiającego – w wysokości 10% wartości umownej, określonej w § 5 ust. 4, z wyjątkiem sytuacji unormowanej w art.145 ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.
3. Wykonawca oświadcza, że wyraża zgodę dla Zamawiającego na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego naliczonej kary umownej z przysługującej mu od Zamawiającego wierzytelności.
4. Zamawiający oświadcza, że wystawi Wykonawcy notę obciążeniową zawierającą szczegółowe naliczenie kary umownej.

## **§ 10**

1. Zamawiający zastrzega możliwość zmiany umowy w następujących przypadkach:
  - 1) zmiany przepisów wskazanych w umowie,

- 2) zmiany odrębnych przepisów dotyczących badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję,
  - 3) wprowadzenia ustawowo zmiany stawki podatku VAT.  
W przypadku określonym w §10 ust. 1 pkt 3 wartość usługi może się zmienić proporcjonalnie do zmiany stawki podatku VAT.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 11**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zaniechania zlecenia usług lub zmniejszenia ich ilości stosownie do potrzeb, na co Wykonawca wyraża zgodę.

#### **§ 12**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz Kodeksu Cywilnego.

#### **§ 13**

Wszelkie spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.

#### **§ 14**

Niniejsza umowa została sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach - trzy egzemplarze Zamawiającego, jeden egzemplarz Wykonawcy.

#### **§ 15**

Integralną część niniejszej umowy stanowią Załączniki:

1. Załącznik nr 1- „Wniosek”
2. Załącznik nr 2- „Zaświadczenie lekarskie”

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

**Załącznik nr 1 do umowy**

..... dn.

**NIP 851-030-96-92**  
**REGON 810903040**

Pieczęć nagłówek jednostki

L.dz. \_\_\_\_\_

**Wniosek o przeprowadzenie badań lekarskich**

Na podstawie art. 15 ust. 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, art. 40 ust 2 pkt 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję oraz Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 czerwca 2012r . w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obszaru z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. 2012 , poz 638) , wnoszę o:

- 4) udzielenie pierwszej pomocy medycznej; \*
- 5) poddanie niezbędnym badaniom lekarskim; \*

osoby:

<b>PESEL</b>																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... s/c .....

(imię i nazwisko)

zam. .

..... ur..... W.....

która:

- przejawia objawy choroby, zaburzeń psychicznych, znajduje się w stanie po użyciu alkoholu bądź przejawia objawy zatrucia alkoholem, innymi środkami odurzającymi lub psychotropowymi,	**
- ma widoczne obrażenia ciała lub utraciła przytomność,	**
- oświadcza, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego leczenia,	**
- żąda udzielenia jej pierwszej pomocy medycznej i przeprowadzenia niezbędnych badań lekarskich,	**
- z posiadanych informacji lub okoliczności wynika, że osoba zatrzymana może być chora na choroby zakaźne,	**
- jest osobą doprowadzaną w celu wytrzeźwienia	**
- inne:	**

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pola

.....  
( pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(miejsowość, data i godzina)

**Załącznik nr 2 do umowy**

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

.....  
(imię i nazwisko, imię ojca, data i miejsce urodzenia osoby badanej)

Stwierdzam:

brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;

wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w policyjnym pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;

wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:

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

.....  
(podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**We właściwe pole wpisać znak „x”.**