

## Istotne postanowienia umowy

### § 1

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje obowiązek świadczenia całodobowych usług medycznych określonych w § 2 umowy **dla potrzeb Komendy Powiatowej Policji w Chelmie** oraz innych jednostek policji województwa kujawsko-pomorskiego 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 2012 r. 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 obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. z 2012, poz. 638), Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie z dnia 28 grudnia 2018r (Dz. U. z 2018r poz. 2472), art. 15 ust. 5 Ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (tj. Dz.U. z 2019r. poz. 161 ze zm.).

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. Obiekt, w którym świadczone będą usługi medyczne określone w § 2 ust. 2 umowy musi być usytuowany w granicach administracyjnych **miasta Chelmo**.

2. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia osobom zatrzymanym, doprowadzonym przez funkcjonariuszy Policji następujących usług medycznych:

1) wykonania badania lekarskiego osób doprowadzonych do miejsca wykonywania badań i przewidzianych 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 sporządzenia protokołu pobrania krwi.

5) opatrzenia ran.

3. Pakiet do pobrania próbek krwi z drukiem protokołu dostarczy każdorazowo funkcjonariusz Policji.

4. **Czas reakcji** tj. czas jaki upłynął od momentu zgłoszenia się policjantów z osobą doprowadzoną do zbadania w placówce medycznej Wykonawcy do momentu przyjęcia pacjenta **wynosi .....minut.**

5. Dodatkowe specjalistyczne badania diagnostyczne konieczne do oceny stanu zdrowia osoby doprowadzonej będą wykonywane za dodatkową opłatą wg aktualnie obowiązującego cennika usług medycznych Wykonawcy, stanowiącego załącznik nr 5 do umowy Wykonawca zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia o każdej zmianie cen w w/w cenniku.

6. 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. 2 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, poza kolejnością, wynikającą z procedury przyjęć pacjentów, z wyłączeniem przyjęć pacjentów, których życiu zagraża niebezpieczeństwo.
4. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany miejsca wykonywania usług z zachowaniem warunków określonych w § 2 ust. 1 i 2, § 4 ust. 1, 2 i 3 oraz z zastrzeżeniem, że obiekt, w którym będą wykonywane badania musi być usytuowany w granicach administracyjnych miasta Chełmno. 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. 52 588 17 39 lub faxu 52 525 55 95.

### § 5

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik nr 4 do umowy.
2. Strony ustalają wynagrodzenie za wykonanie czynności określonych w § 2 ust. 2 pkt 1-3, 5 umowy, w stosunku do osoby zatrzymanej, **w wysokości ..... zł brutto (słownie: .....zł brutto).**
3. Za wykonanie czynności określonej w § 2 ust. 2 pkt 4 umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy należność **w wysokości .....zł brutto (słownie: .....zł brutto).**
4. Łączna maksymalna wartość umowy **wynosi ..... zł brutto (słownie: .....zł brutto).**

### § 6

1. Rozliczenie usług określonych umową odbywać się będzie po zakończeniu każdego miesiąca.
2. Do każdej faktury Wykonawca dołączy wykaz wykonanych usług medycznych oraz wniosek, o którym mowa w § 1 ust. 2, zgodny z Załącznikiem nr 1 do umowy.
3. Wykonawca wystawioną fakturę wraz z kompletem załączników, o których mowa w § 6 ust. 2 prześle do **KPP w Chełmnie**, która po potwierdzeniu wykonanych usług przekaże ją niezwłocznie do opłacenia Komendzie Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy. 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. Dane płatnika faktury: Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy 85-090 Bydgoszcz, ul. Powstańców Wielkopolskich 7, NIP: 554-031-29-93 REGON: 091362152.

### § 7

1. Umowa zostaje zawarta na okres: **24 miesiące od dnia zawarcia umowy.**
2. W przypadku wcześniejszego wykorzystania kwoty, o której mowa w § 5 ust. 4 umowa wygaśnie przed upływem tego terminu.
3. W przypadku niewykorzystania kwoty umownej, o której mowa w § 5 ust. 4 w terminie określonym w ust. 1 dopuszcza się przedłużenie czasu trwania umowy do czasu 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) co najmniej 5-krotne niewywiązanie się przez Wykonawcę 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 uzyskania wiedzy przez Zamawiającego o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 1.

### § 9

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za odstąpienie od umowy z przyczyn zależnych od Wykonawcy w wysokości 10% wartości umownej, określonej w § 5 ust. 4.
2. Zamawiający zapłaci Wykonawcy karę umowną z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Zamawiającego – w wysokości 10% wartości umownej, określonej w § 5 ust. 4 umowy, z wyjątkiem sytuacji unormowanej w art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.
3. Zamawiający oświadcza, że wystawi Wykonawcy notę obciążeniową zawierającą szczegółowe naliczenie kary umownej.
4. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w kwocie 50 zł w razie stwierdzenia przez Zamawiającego, że Wykonawca nie zapewni warunków określonych § 2 ust. 4 umowy, za każdy przypadek.

### § 10

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy następują w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zmiany przewidziane w umowie mogą być inicjowane przez Wykonawcę lub przez Zamawiającego.
3. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, z zastrzeżeniem zmian przewidzianych w ust. 4 oraz zmian określonych w art. 144 ust. 1 pkt 2-6 ustawy Pzp (tj. Dz. U. z 2018 poz. 1986 z późn. zm.).
4. Dopuszcza się zmianę treści umowy w następujących przypadkach:
  - 1) w przypadku zmiany przepisów wskazanych w umowie istotnych dla postanowień zawartych w niniejszej umowie. Zmiana ta jest możliwa w zakresie odpowiadającym zmianom w tych przepisach;
  - 2) wprowadzenia ustawowo zmiany stawki podatku VAT lub innych obciążeń podatkowych, jeżeli zmiana ta będzie miała wpływ na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Wykonawcę;
  - 3) w przypadku zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10

października 2002r., o minimalnym wynagrodzeniu za prace, jeżeli zmiana ta będzie miała wpływ na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Wykonawcę.

4)w przypadku zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania przedmiotu Umowy przez Wykonawcę;

5) W przypadku zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez wykonawcę.

5. Warunkiem dokonania zmian, o których mowa w ust. 4 pkt 2, 3, 4 i 5 jest złożenie pisemnego wniosku przez Wykonawcę zawierającego:

1)opis propozycji zmiany,

2)uzasadnienie zmiany.

6. W sytuacji wystąpienia okoliczności wskazanych w ust. 4 pkt 2, 3, 4 i 5 Wykonawca składa pisemny wniosek o zmianę umowy o zamówienie publiczne w zakresie zmiany cen jednostkowych określonych w § 5 ust. 2, 3 umowy oraz wartości umowy. Wniosek powinien zawierać wyczerpujące uzasadnienie faktyczne i prawne, w szczególności Wykonawca będzie zobowiązany wykazać związek pomiędzy wnioskowaną zmianą umowy a wpływem zmiany zasad, o których mowa w ust. 4 pkt. 2, 3, 4 i 5 na kalkulację cen jednostkowych oraz wartości umowy. Zmiana dopuszczalna jest w zakresie adekwatnym do zmian w przepisach, z których wynikają.

7.Zamawiający, po zaakceptowaniu wniosku, o którym mowa w ust. 6 wyznacza datę podpisania aneksu do umowy.

8.Zmiana umowy skutkuje zmianą wynagrodzenia jedynie w zakresie płatności realizowanych po dacie zawarcia aneksu do umowy.

## **§ 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 (tj. Dz. U. z 2018 poz. 1986 z późn. zm.) oraz Kodeksu cywilnego (tj. Dz. U. z 2018 poz. 1025 ze zm.).

## **§ 13**

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

## **§ 14**

Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach - dwa egzemplarze Zamawiającego, jeden egzemplarz Wykonawcy.

## **§ 15**

Integralną część niniejszej umowy stanowią Załączniki:

1. Załącznik nr 1-Wniosek
2. Załącznik nr 2- Zaświadczenie lekarskie
3. Załącznik nr 3- Zaświadczenie lekarskie
4. Załącznik nr 4- Formularz ofertowy
5. Załącznik nr 5- cennik usług medycznych

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

## Wniosek o przeprowadzenie badań lekarskich

Na podstawie art. 15 ust. 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2019 r. poz. 161), art. 40 ust 2 pkt 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ( Dz. U. 2018 poz. 617) oraz § 2 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 13 września 2012r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (dz. U. 2012 poz. 1102) oraz § 4 ust. 1-3 Załącznika nr 1 do 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:

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

osoby:

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

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

(imię i nazwisko)

zam .....ur.....W.....

która:

1. oświadcza, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego leczenia, którego przerwanie powodowałoby zagrożenie życia lub zdrowia,	**
2. żąda przeprowadzenia badania lekarskiego	**
3. posiada widoczne obrażenia ciała niewskazujące na stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,	**
4. z posiadanych przez Policję informacji lub okoliczności zatrzymania wynika, że osobą zatrzymaną jest:	
a) kobieta w ciąży,	**
b) kobieta karmiąca piersią,	**
c) osoba chora zakaźnie,	**
d) osoba z zaburzeniami psychicznymi	**
e) nieletni po spożyciu alkoholu lub innego, podobnie działającego środka,	**
5. inne:	**

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pola

.....  
(data i podpis funkcjonariusza dokonującego zatrzymania)

.....  
( pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(miejscowość, data i godzina)

### 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”.**

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(miejsowość, data i godzina)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Stwierdzam<sup>\*)</sup>:

- brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu;
- wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;
- odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz brak przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego;
- odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz wystąpienie przesłanek do skierowania jej do podmiotu leczniczego;
- że ww. osoba musi zażywać niżej wymienione leki w następujący sposób: .....

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

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

<sup>\*)</sup> Właściwe pole  zaznaczyć symbolem „X”.