

## ZGŁOSZENIE

### I. Dane Zgłaszającego:

- 1) Nazwa praktyki lekarskiej .....
- 2) Adres praktyki lekarskiej .....
- 3) Nr telefonu kontaktowego .....
- 4) Adres e-mail .....
- 5) NIP praktyki lekarskiej .....
- 6) REGON praktyki lekarskiej .....
- 7) Nr konta .....

II. Niniejszym składam zgłoszenie na realizację usługi w zakresie stwierdzania zgonu osób zmarłych w miejscach publicznych i niepublicznych na terenie Miasta Dąbrowa Górnicza w 2024 r. w przypadku gdy funkcjonariusz Policji będący w miejscu, w którym znajdują się zwłoki nie będzie mógł ustalić lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie zobowiązanego do ustalenia zgonu i jego przyczyny zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 887, z późn. zm.).

### III. Proponuję wykonanie usługi zgodnie z poniższą ceną:\*

1. Cena za realizację jednej usługi, tj. na uzasadnione telefoniczne wezwanie funkcjonariusza Policji niezwłoczne podjęcie następujących czynności: dokonanie nie później niż w ciągu dwóch godzin od momentu otrzymania telefonicznego zgłoszenia oględzin zwłok i jeśli będzie to możliwe, ustalenie przyczyny zgonu, wystawienie karty zgonu zgodnie z aktualnie obowiązującym wzorem:

Netto: ..... PLN,  
słownie netto: .....  
plus ..... % podatku VAT = ..... PLN  
słownie VAT: .....  
Brutto: ..... PLN,  
słownie brutto: .....

albo

2. Proponuję wykonanie usługi w okresie 01.01.2024 r. do 31.12.2024 r. za wynagrodzeniem:

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

*\* Należy wskazać jeden z wariantów. W przypadku wyboru pkt 2 proszę podać wysokość wynagrodzenia i sposób jego ustalenia.*

### IV. Termin realizacji usługi:

Deklaruję realizację usługi od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.

**V. Termin związania zgłoszeniem:**

Oświadczam, że pozostaję związany niniejszym zgłoszeniem do dnia 31.12.2023 r.

.....  
(Miejscowość / data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza )