

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 2025 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 2024 r. poz. 576), a zgon nie nastąpił w trakcie akcji medycznej, o której mowa w art. 40 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652, z późn. zm.).

III. Proponuję wykonanie usługi zgodnie z poniższą ceną:*

1. Cena za realizację jednej usługi, tj. na uzasadnione telefoniczne wezwanie funkcjonariusza Policji z Dąbrowy Górniczej bądź pracownika Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej z: Wydziału Polityki Społecznej, Mieszkaniowej i Zdrowia albo Centrum Zarządzania Kryzysowego, 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 01.01.2025 r. do 31.12.2025 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 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.

V. Termin związania zgłoszeniem:

Oświadczam, że pozostaję związany niniejszym zgłoszeniem do dnia 31.12.2024 r.

.....

(Miejscowość / data)

.....

(Podpis i pieczęć lekarza)