**PROJEKT UMOWY**

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**z dnia 27.07.2020 r.**

**UMOWA NR ........ / GKL / 2020**

zawarta w Kołobrzegu w dniu ........................................... pomiędzy:

**Gminą Miasto Kołobrzeg** z siedzibą w  Kołobrzegu przy ul. Ratuszowa 13, NIP 671-16-98-541, REGON: 330920736 zwaną dalej w treści umowy Zamawiającą, reprezentowaną przez:

Prezydent Miasta Kołobrzeg – Annę Mieczkowską,

a

…………………………………………………….., NIP …………….., REGON …………… z siedzibą w ………………. przy ul. ………………………….,

zwanym dalej w treści umowy Wykonawcą,

w trybie art.4 pkt.8 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 t.j.) o następującej treści:

§1

1. Zamawiająca zleca, a Wykonawca przyjmuje wykonanie usług weterynaryjnych w zakresie:

1/ chirurgicznych zabiegów sterylizacji kotek,

2/ chirurgicznych zabiegów kastracji kocurów,

3/ trzydniowej hospitalizacji zwierząt po wykonanym zabiegu,

4/oznakowania kotów po przebytym zabiegu poprzez nacięcie trójkąta na prawym uchu.

2. Kategoria przedmiotu zamówienia według słownika CPV – usługa:

Kod CPV 852 00000-1 usługi weterynaryjne

3. Zamawiająca oświadcza, że posiada zabezpieczone środki finansowe na pokrycie kosztu realizacji niniejszej umowy w 2020 r. – Dział 900 Rozdział 90013 Paragraf 4300 poz. 1172 budżetu miasta.

§2

**Wartość usług wymienionych w §1 ust.1 określa się do kwoty 15 000,00 złotych brutto - słownie: piętnaście tysięcy złotych i 00/100 groszy.**

§3

1. Strony ustalają, że obowiązującą je formą wynagrodzenia będzie wartość usług, zależna od ilości przeprowadzonych zabiegów.
2. Określenie kosztu wykonania usługi będzie wynikało każdorazowo ze szczegółowego zestawienia ilości przeprowadzonych zabiegów oraz według cen jednostkowych z oferty Wykonawcy:

1/ chirurgiczny zabieg sterylizacji kotek:

……… zł/ szt. netto, ………..zł/szt. brutto

2/ chirurgiczny zabieg kastracji kocurów:

……… zł/ szt. netto, ………..zł/szt. brutto

3/ trzydniowa hospitalizacja zwierząt po wykonaniu powyższych zabiegów:

……… zł/ szt. netto, ………..zł/szt. brutto za 3 doby pobytu

4/ oznaczenie kotów po przebytym zabiegu przez nacięcie trójkąta na prawym uchu:

……… zł/ szt. netto, ………..zł/szt. brutto

1. Koty wolno żyjące przeznaczone do zabiegu będą doprowadzane do lecznicy weterynaryjnej zarówno przez osoby fizyczne, członków organizacji społecznych jak również przez tzw. opiekunów społecznych (miłośników kotów).
2. Wykonawca przyjmie i zakwalifikuje wolno żyjącego kota do wykonania zabiegu sterylizacji lub kastracji po przekazaniu przez osoby, o których mowa w ust. 3 oryginału zaświadczenia od Fundacji Ogon Do Góry poświadczającego, że wskazany kot jest zwierzęciem wolno żyjącym (dzikim).

§4

1. Należność za wykonanie usługi określonej w §1 ust.1 będzie płatna w terminie 21 dni od daty wpływu faktury do tut. Wydziału Finansów wraz z zaświadczeniem o którym mowa w §3 ust. 4, zestawieniem, o którym mowa w ust.2 oraz dokumentacją fotograficzną, o której mowa w ust.3. Faktura będzie wystawiana na koniec każdego miesiąca kalendarzowego.
2. Wykonawca zobowiązany jest do wykonania zestawienia ilości przeprowadzonych zabiegów na bezdomnych zwierzętach wg załącznika nr 1 do niniejszej umowy.
3. Ponadto Wykonawca zobowiązany jest do udokumentowania wykonanych zabiegów poprzez wykonanie zdjęcia wysterylizowanego zwierzęcia po wykonanym zabiegu.
4. Zamawiający oświadcza, że będzie realizować płatności za faktury z zastosowaniem mechanizmu podzielonej płatności, tzw. split payment.
5. Podzieloną płatność, tzw. split payment stosuje się wyłącznie przy płatnościach bezgotówkowych, realizowanych za pośrednictwem polecenia przelewu lub polecenia zapłaty dla czynnych podatników VAT. Mechanizm podzielonej płatności nie będzie wykorzystywany do zapłaty za czynności lub zdarzenia pozostające poza zakresem VAT (np. zapłata za odszkodowanie), a także za świadczenia zwolnione z VAT, opodatkowane stawką 0%.
6. Wykonawca oświadcza, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w jego imieniu, jest rachunkiem dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe ( Dz. U. z 2019 r. poz. 2357 ze zm.) prowadzony jest rachunek VAT.
7. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że rachunek bankowy, o którym mowa w ust. 6, jest rachunkiem bankowym wpisanym w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT (biała lista podatników VAT).
8. W przypadku braku możliwości dokonania zapłaty przez Zamawiającego z wykorzystaniem mechanizmu podzielonej płatności, w szczególności w przypadku złożenia przez Wykonawcę nieprawdziwego oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, Zamawiający uprawniony jest do wstrzymania płatności do czasu wskazania przez Wykonawcę rachunku, o którym mowa w ust. 6.

§5

Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§6

Wykonawca zapewnia, że dysponuje aparaturą i sprzętem dostosowanym do zakresu świadczonych usług oraz osobami zdolnymi do wykonania usługi, posiadającymi odpowiednie kwalifikacje.

§7

1. Umowę zawiera się na czas określony od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2020 roku.
2. Zamawiająca ma prawo do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku naruszenia obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§9

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

**ZAMAWIAJĄCA: WYKONAWCA:**

Załącznik nr 1 do Umowy nr…………….

z dnia ……………..r.

**ZESTAWIENIE PRZEPROWADZONYCH ZABIEGÓW**

W OKRESIE OD DNIA .................2020r. DO DNIA...................2020r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Rodzaj**  **(kocur lub kotka)** | **Data przyjęcia do lecznicy na zabieg** | **Data odbioru z lecznicy po zabiegu** | **Imię, nazwisko, podpis osoby dostarczającej zwierzę** | **Imię, nazwisko, podpis osoby odbierającej zwierzę** | **Podpis lekarza weterynarii potwierdzający wykonanie zabiegu** | **Numer załącznika zdjęciowego z udokumentowanego zabiegu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |