

Umowa współpracy Nr
w zakresie realizacji Projektu „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa
Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”

zawarta w Warszawie w dniu, pomiędzy:

Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher z siedzibą w Warszawie, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000066382, NIP: 525-001-10-42, Regon: 000288567, zwanym dalej: „*Realizatorem*” lub „*NIGRiR*”, reprezentowanym przez: Brygidę Kwiatkowską, Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych

a

REGON:....., NIP:....., KRS:.....

reprezentowanym przez:

zwanym dalej: „*Placówką medycyny pracy*” lub „*Placówką*”,

łącznie zwanymi: „*Stronami*”.

§ 1.

Cel umowy

Umowa zostaje zawarta w związku z realizacją projektu pt. „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” nr POWR.05.01.00-00-0025/19 złożonego w odpowiedzi na konkurs pt. „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa” nr POWR.05.01.00-IP.00-013/19 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: Projekt). Projekt jest realizowany przez Realizatora: Narodowy Instytut Geriatrii Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher z siedzibą w Warszawie w Partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE) z siedzibą w Warszawie (02-972), ul. Adama Branickiego 14/3, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000682708 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 9512439790, REGON 367550940 (zwaną dalej „*Partnerem*”)

§ 2.

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest określenie zasad i warunków na jakich Strony będą współpracować w zakresie realizacji Projektu.
2. Założeniem Projektu jest zwiększenie wczesnego wykrywania przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób aktywnych zawodowo oraz prewencja w tym zakresie poprzez działania edukacyjno-diagnostyczno-terapeutyczne.

§ 3.

Oświadczenia Realizatora

1. *Realizator* oświadcza, że na podstawie umowy z dnia 6 maja 2020 r., nr POWR.05.01.00-00-0025/19-00/1040/2020/131 realizuje Projekt w okresie od dnia 1 czerwca 2020 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. na terenie województw: mazowieckiego i łódzkiego.
2. W ramach Projektu *Realizator* zawiera umowy o współpracy z co najmniej 10 (słownie: dziesięcioma) Poradniami Medycyny Pracy (w skrócie PMP) z terenu województw mazowieckiego i łódzkiego.

3. *Realizator* oświadcza, że w ramach realizacji całego Projektu zaplanowano łącznie 1500 wizyt u lekarza medycyny pracy, z czego 30% uczestników *Projektu* powinno zostać skierowanych na leczenie w ośrodku specjalistycznym. Leczenie specjalistyczne nie jest objęte działaniami Projektu.
4. *Realizator* oświadcza, że w ramach realizacji całego Projektu zaplanowano przeprowadzenie badań szczegółowych łącznie u 700 osób. Skierowania na dodatkowe badania (OB, CRP, morfologia krwi oraz RTG AP i boczne kręgosłupa i/lub miednicy) będą wystawiane przez lekarzy medycyny pracy, którzy biorą udział w Projekcie.

§ 4.

Oświadczenia Placówki medycyny pracy

1. *Placówka medycyny pracy* oświadcza, że działa na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, a jej siedziba znajduje się na terenie województwa mazowieckiego lub łódzkiego.
2. *Placówka medycyny pracy* oświadcza, że zapoznała się z założeniami Ogólnopolskiego programu profilaktyki bólów kręgosłupa (Załącznik nr 17 do Regulaminu Konkursu <http://zdrowie.gov.pl/nabor-654-konkurs-profilaktyka-przewleklych-bolow.html>) i zobowiązuje się do współpracy z *Realizatorem* zgodnie z jego treścią w zakresie działań wczesnej diagnostyki i profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.
3. *Placówka medycyny pracy* oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracę z *Realizatorem* w ramach Projektu.

§ 5.

Zobowiązania Realizatora

1. *Realizator* zobowiązany jest zgodnie z Projektem do:
 - 1) zorganizowania szkoleń dla 180 (słownie: stu osiemdziesięciu) lekarzy i pielęgniarek medycyny pracy z zakresu wczesnej diagnostyki i profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa oraz zasad realizacji programu profilaktycznego; szkolenia zostaną przeprowadzone w formie wykładów i ćwiczeń z narzędzi przesiewowych dla lekarzy i zasad wdrażania programu profilaktycznego bólów kręgosłupa i postępowania w przypadku wystąpienia bólów kręgosłupa. *Realizator* w trakcie stacjonarnych spotkań edukacyjnych zapewnia obiad, materiały piśmiennicze oraz materiały edukacyjne. Jednocześnie *Realizator* zastrzega, że w zakresie realizacji szkoleń, o których mowa wyżej, nie zapewnia zwrotu kosztów dojazdu;
Realizator zastrzega możliwość organizowania szkoleń w trybie on-line w czasie rzeczywistym, z uwagi na panującą sytuację epidemiologiczną.
 - 2) stworzenia platformy do e-learningu oraz testów sprawdzających wiedzę z kursu e-learning z zakresu postępowania diagnostycznego, prewencyjnego i leczniczego przewlekłych bólów kręgosłupa, jako uzupełnienie zajęć bezpośrednich;
 - 3) przeprowadzenia akcji edukacyjnej dla lekarzy/pielęgniarek biorących udział w *Projekcie*, organizowania spotkań przy współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Medycyny Pracy i innymi służbami medycyny pracy.
2. W ramach Projektu *Realizator* i *Partner* nawiążą współpracę z Pracodawcami/zakładami pracy, których siedziba mieści się na terenie województw mazowieckiego lub łódzkiego. Pracownikom zakładów pracy, które przystąpią do Projektu, zostaną rozesłane kwestionariusze przesiewowe, za pośrednictwem Pracodawcy. Na podstawie wyników uzyskanych w kwestionariuszach Pracownicy (około 10% osób) zostaną skierowani na wizyty u lekarza medycyny pracy w *Placówkach medycyny pracy* biorących udział w Projekcie. Pracownicy skierowani na wspomniane wizyty będą nazywani w dalszej części Umowy również pacjentami, osobami zakwalifikowanymi do Projektu lub uczestnikami Projektu.

§ 6.

Zobowiązania Placówki medycyny pracy

1. Zobowiązania *Placówki medycyny pracy* wynikają z Programu.

2. *Placówka medycyny pracy* zobowiązuje się wydelegować minimum 2 osoby z personelu medycznego w celu ich uczestnictwa w formach edukacyjnych w postaci szkolenia (wykład, ćwiczenia) i szkolenia e-learning (zakończonym testem sprawdzającym zdobytą wiedzę), w terminie ustalonym z *Realizatorem*.
3. *Placówka medycyny pracy* zapewni pacjentom **wskazanym przez Realizatora** wizyty u lekarza medycyny pracy, który podczas wizyty dokona identyfikacji żółtych i czerwonych flag.
4. Przy stwierdzeniu czerwonej flagi lub w przypadkach wątpliwych lekarz medycyny pracy zleci wykonanie OB, CRP, morfologii oraz RTG AP i boczne kręgosłupa i/lub miednicy oraz kieruje do neurologa/ortopedy, jeżeli ma podpisaną umowę lub wypisze informację dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa wymagających dalszej diagnostyki.
4. *Placówka medycyny pracy* oświadcza, że przeszkoleni lekarze (w ramach szkolenia, o którym mowa w ust. 2), na podstawie przeprowadzonej wizyty lekarskiej, w przypadku stwierdzenia zapalnego bólu kręgosłupa i konieczności wykonania u pacjenta szerszej diagnostyki reumatologicznej skierują pacjenta do NIGRiR (lub ewentualnie innego lekarza specjalisty poza programem) gdzie badania wykonywane będą w ramach finansowania NFZ (lub innego).
5. *Placówka medycyny pracy*, zobowiązuje się do zapewnienia, aby osoby z przeszkolonego personelu medycznego, o którym mowa w ust. 2:
 - 1) udzielały osobom zakwalifikowanym do Projektu świadczeń – wizyt lekarskich;
 - 2) zlecały podstawowe badania krwi (OB, CRP, morfologia) wraz z ich analizą (o ile istnieje taka konieczność w przypadku określonym w ust. 4);
 - 3) zlecały wykonanie badań obrazowych RTG miednicy i/lub kręgosłupa i dokonywania ich opisu (o ile istnieje taka konieczność w przypadku określonym w ust. 4);
 - 4) wypełniały dokumentację związaną z Projektem (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym);
 - 5) informowały pacjentów o etapach Programu profilaktyki, ramach czasowych Projektu, lokalizacji *Realizatora* oraz przyczynach i metodach zapobiegania bólom kręgosłupa.
6. *Placówka medycyny pracy* zobowiązana jest do wypełniania wszelkiej dokumentacji niezbędnej do realizacji Projektu, na wzorach dostarczonych przez *Realizatora* oraz przekazywania jej *Realizatorowi w oryginałach, nie rzadziej niż raz na kwartał, maksymalnie do 5 dni roboczych od zakończenia każdego miesiąca/kwartalu rozliczeniowego*. Dokumentacja może być przekazana przesyłką poleconą lub osobiście razem z dokumentem rozliczeniowym. W przypadku niedostarczenia oryginałów dokumentacji, brak jest możliwości rozliczenia z *Placówką* za zrealizowane wizyty i badania.
7. *Placówka medycyny pracy* zobowiązana jest do przestrzegania Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, zasady równości szans kobiet i mężczyzn oraz umożliwienia dostępu osobom niepełnosprawnym do Projektu (Załączniki nr 14 oraz 15 do Regulaminu Konkursu <http://zdrowie.gov.pl/nabor-654-konkurs-profilaktyka-przewleklych-bolow.html>).

§ 7.

Terminy

1. Umowa dotycząca współpracy w zakresie realizacji Projektu wiąże strony przez cały okres jego realizacji tj. od dnia jej zawarcia do dnia 28 lutego 2023 r. z możliwością przedłużenia.
2. *Placówka* realizuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Projektu nie wcześniej niż od dnia przeszkolenia personelu medycznego *Placówki*.
3. Dokładna liczba pacjentów oraz harmonogram kierowania ich na konsultacje u lekarza medycyny pracy zostaną ustalone z kadrą *Realizatora*, mając na uwadze, że w okresie realizacji Projektu ogólna liczba pacjentów, którzy wezmą udział w badaniach przesiewowych wyniesie 15000, z czego 1500 zostanie skierowanych na wizytę u lekarza medycyny pracy w *Placówkach medycyny pracy* biorących udział w Projekcie. Średnio do *Placówki Medycyny Pracy* na wizytę lekarską zostanie skierowanych ok. 38 pacjentów (w całym okresie trwania Projektu).

4. Zakłada się zlecenie dodatkowych badań dla 700 osób, z czego 500 osób, wymagających poszerzonej opieki zdrowotnej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa, zostanie skierowanych na dalsze leczenie do ośrodków specjalistycznych. Leczenie specjalistyczne nie jest finansowane w ramach Projektu.

§ 8.

Sposób realizacji świadczeń przez Placówkę medycyny pracy

1. Realizacja Projektu w zakresie zobowiązań, o których mowa w § 6, prowadzona będzie w miejscach udzielania świadczeń przez *Placówkę medycyny pracy*, we wskazanych poniżej lokalizacjach:
 - 1)
2. Konsultacje specjalistyczne (np. u neurologa/ortopedy) będą przeprowadzane przez lekarzy, z którymi *Placówka medycyny pracy* ma podpisaną umowę zgodnie z obowiązującymi przepisami i będą finansowane w ramach środków NFZ. W przypadku, gdy *Placówka* nie ma podpisanej umowy z lekarzem z danej specjalizacji, lekarz medycyny pracy wypisze informację dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa.
3. Świadczenia, o których mowa w § 6. ust. 3 i ust. 4 powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić pacjentom dostęp do nich w godzinach pracy Poradni Medycyny Pracy.

§ 9.

Dokumentacja

1. *Realizator* dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do udokumentowania udzielonych świadczeń zakwalifikowanym do Projektu pacjentom.
2. *Realizator* dostarcza broszury edukacyjne, które lekarze *Placówek medycyny pracy* przekazują uczestnikom Projektu w trakcie wizyty.
3. Lekarz i pacjent potwierdzają zrealizowanie wizyty lekarskiej i zlecenie wykonania, oraz wykonanie, dodatkowych badań stosownym oświadczeniem.
4. *Placówka medycyny pracy* zobowiązana jest dostarczyć dokumentację na zasadach określonych w § 6 ust. 7 Umowy.
5. Dopuszcza się przekazywanie dokumentów finansowych w wersji elektronicznej w sposób zapewniający ochronę danych osobowych. Nie wyklucza to jednak obowiązku przekazania **oryginałów** dokumentów do *Realizatora*.

§ 10.

Powierzenie danych osobowych

1. Na podstawie umowy z dnia 6 maja 2020 r. nr POWR.05.01.00-00-0025/19-00 zawartej pomiędzy *Realizatorem* a Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia (tj. Instytucją Pośredniczącą) oraz w związku z przepisem art. 28 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) zwane dalej „RODO”, *Realizator* powierza *Placówce medycyny pracy* przetwarzanie danych osobowych osób uczestniczących w Projekcie, w imieniu i na rzecz Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) na poniżej opisanych warunkach. Jednocześnie administratorem danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, który Instytucji Pośredniczącej, w drodze odrębnego *Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020* powierzył przetwarzanie danych osobowych.
2. Przy przetwarzaniu danych osobowych *Placówka medycyny pracy* zobowiązuje się do przestrzegania zasad wskazanych w umowie, RODO, przepisach ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących ochrony danych osobowych.
3. *Placówka medycyny pracy* nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych
4. *Placówka medycyny pracy* zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanemu z przetwarzaniem danych

- osobowych, o których mowa w art. 32 RODO.
5. *Placówka* zapewnia wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.
 6. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczone jedynie osoby upoważnione przez *Placówkę*, posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
 7. *Realizator* w imieniu Powierzającego (tj. Instytucji Pośredniczącej) umocowuje *Placówkę* do wydawania i odwoływania osobom, o których mowa w ust. 6, imiennych upoważnień do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienia przechowuje *Placówka* w swojej siedzibie.
 8. Imienne upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są ważne do dnia odwołania, nie dłużej jednak niż do dnia obowiązywania niniejszej umowy. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania stosunku prawnego łączącego *Placówkę* z osobą wskazaną w ust. 6. *Placówka medycyny pracy* winna posiadać przynajmniej jedną osobę legitymującą się imiennym upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych odpowiedzialną za nadzór nad zarchiwizowaną dokumentacją do dnia ukończenia realizacji niniejszej umowy.
 9. *Realizator* zobowiązuje *Placówkę*, by osoby upoważnione przez nią do przetwarzania danych osobowych zobowiązane zostały do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz informacji o stosowanych sposobach ich zabezpieczenia, także po ustaniu stosunku prawnego łączącego osobę upoważnioną do przetwarzania danych osobowych z *Placówką*.
 10. *Placówka* ponosi odpowiedzialność względem *Realizatora*, Powierzającego oraz innych osób trzecich za szkody powstałe w związku z nieprzestrzeganiem RODO oraz innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego w zakresie ochrony danych osobowych.
 11. *Placówka* zobowiązana jest do prowadzenia rejestru wszystkich kategorii czynności przetwarzania, o którym mowa w art. 30 ust. 2 RODO.
 12. *Placówka* przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych przygotowuje dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę i bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych, które uwzględniają warunki przetwarzania w szczególności te, o których mowa w art. 32 RODO.
 13. *Realizator*, w imieniu Powierzającego, zobowiązuje *Placówkę* do wykonywania wobec osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 i art. 14 RODO.
 14. *Placówka* jest zobowiązana do podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu w tajemnicy danych osobowych przetwarzanych przez mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych oraz sposobu ich zabezpieczenia.
 15. *Placówka* niezwłocznie informuje *Realizatora* o:
 - 1) wszelkich przypadkach naruszenia tajemnicy danych osobowych lub o ich niewłaściwym użyciu oraz naruszeniu obowiązków dotyczących ochrony powierzonych do przetwarzania danych osobowych, z zastrzeżeniem ust. 17;
 - 2) wszelkich czynnościach z własnym udziałem w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych prowadzonych w szczególności przed Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Europejskim Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, urzędami państwowymi, policją lub przed sądem;
 - 3) wynikach kontroli prowadzonych przez podmioty uprawnione w zakresie przetwarzania danych osobowych wraz z informacją na temat zastosowania się do wydanych zaleceń, o których mowa w ust. 24.
 16. *Placówka* zobowiązuje się do udzielenia *Realizatorowi*, na każde jego żądanie, informacji na temat przetwarzania danych osobowych, o których mowa w niniejszym paragrafie, a w szczególności niezwłocznego przekazywania informacji o każdym przypadku naruszenia przez nią i osoby przez nią upoważnione do przetwarzania danych osobowych, obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.
 17. *Placówka*, bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin po stwierdzeniu naruszenia, zgłosi *Realizatorowi* każde naruszenie ochrony danych osobowych. Zgłoszenie powinno oprócz elementów określonych w art. 33 ust. 3 RODO zawierać informacje umożliwiające *Realizatorowi* określenie czy naruszenie skutkuje wysokim ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Jeżeli informacji, o których mowa w art. 33 ust. 3 RODO nie da się udzielić w tym samym czasie, *Placówka* może je udzielać sukcesywnie bez zbędnej zwłoki.

18. W przypadku wystąpienia naruszenia ochrony danych osobowych, mogącego powodować w ocenie *Realizatora* wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, *Placówka*, na wniosek *Realizatora*, bez zbędnej zwłoki zawiadomi osoby, których naruszenie ochrony danych osobowych dotyczy, o ile *Realizator* o to wystąpi.
19. *Placówka* pomaga *Realizatorowi* oraz Powierzającemu wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32 - 36 RODO.
20. *Placówka* pomaga *Realizatorowi* i Powierzającemu wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw określonych w rozdziale III RODO.
21. *Placówka* umożliwi *Realizatorowi* oraz Powierzającemu lub podmiotom przez nich upoważnionym, w miejscach, w których są przetwarzane powierzone dane osobowe, dokonanie kontroli lub audytu zgodności przetwarzania powierzonych danych osobowych z ustawą o ochronie danych osobowych, RODO, przepisami prawa powszechnie obowiązującego dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz z umową. Zawiadomienie o zamiarze przeprowadzenia kontroli lub audytu powinno być przekazane podmiotowi kontrolowanemu co najmniej 5 dni roboczych przed rozpoczęciem kontroli.
22. W przypadku powzięcia przez *Realizatora* lub Powierzającego wiadomości o rażącym naruszeniu przez *Placówkę* obowiązków wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, RODO, przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczącego ochrony danych osobowych lub z umowy, *Placówka* umożliwi *Realizatorowi*, Powierzającemu lub podmiotom przez nie upoważnionym dokonanie niezapowiedzianej kontroli lub audytu, w celu określonym w ust. 21.
23. Kontrolerzy *Realizatora*, Instytucji Pośredniczącej lub podmiotów przez nich upoważnionych mają w szczególności prawo:
 - 1) wstępu, w godzinach pracy *Placówki*, za okazaniem imiennego upoważnienia, do pomieszczenia, w którym jest zlokalizowany zbiór powierzonych do przetwarzania danych osobowych, oraz pomieszczenia, w którym są przetwarzane powierzone dane osobowe i przeprowadzenia niezbędnych badań lub innych czynności kontrolnych w celu oceny zgodności przetwarzania danych osobowych z ustawą o ochronie danych osobowych, RODO, przepisami prawa powszechnie obowiązującego dotyczącego ochrony danych osobowych oraz umową;
 - 2) żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych, przedstawiciela *Placówki* oraz pracowników w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli lub audytu oraz sporządzania ich kopii;
 - 3) przeprowadzania oględzin urządzeń, nośników oraz systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.
24. *Placówka medycyny pracy* zobowiązuje się zastosować zalecenia dotyczące poprawy jakości zabezpieczenia danych osobowych oraz sposobu ich przetwarzania sporządzone w wyniku kontroli lub audytu przeprowadzonych przez *Realizatora*, Instytucję Pośredniczącą, lub przez podmioty przez nie upoważnione albo przez inne instytucje upoważnione do kontroli na podstawie odrębnych Przepisów.

§ 11.

Rozliczenia

1. *Realizator* za każdą wizytę u lekarza medycyny pracy oraz wykonane badania dodatkowe udzielone w ramach *Projektu*, o których mowa w § 6 ust. 6 pkt 2 i 3, zapłaci *Placówce* wynagrodzenie zgodne ze stawkami jednostkowymi dotyczącymi świadczeń zdrowotnych, określonymi w *Projekcie*. Płatności za zrealizowane świadczenia będą wypłacane **pod warunkiem dostarczenia w wymaganym terminie kompletu oryginałów dokumentów dotyczących każdego pacjenta**.
2. Wynagrodzenie *Placówki* stanowi iloczyn udzielonych indywidualnych konsultacji (nie więcej niż wskazany limit przez *Realizatora*) i wynagrodzenia za każdą wizytę u lekarza medycyny pracy oraz za wykonane badania: morfologia krwi, OB., CRP, badanie obrazowe RTG, AP i boczne kręgosłupa, badanie obrazowe RTG miednicy.

3. Podstawę do wystawienia faktury lub innego równoważnego dokumentu przez *Placówkę* stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych *Realizatorowi oryginałów* dokumentów (formularz zgłoszeniowy uczestnika projektu, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym) wraz z **kopią** dokumentacji źródłowej: wyniki badań morfologii krwi, OB, CRP, dokumentacji wraz z opisem z przeprowadzonego badania obrazowego RTG AP i boczne kręgosłupa, i/lub RTG miednicy.
4. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury lub innego równoważnego dokumentu w terminie do 30 dni od dnia otrzymania przez *Realizatora* dokumentów wskazanych w ust. 3. W przypadku opóźnień w przekazaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację Projektu, wynagrodzenie będzie płatne w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania przez *Realizatora* środków na realizację Projektu, na co *Placówka* wyraża zgodę.
5. Jeżeli termin zapłaty wypada w sobotę, niedzielę lub inny dzień ustawowo wolny od pracy, płatność dokonywana jest następnego dnia roboczego.
6. Strony wyznaczają następujące osoby do kontaktu w ramach rozliczeń:
 - 1) ze strony *Realizatora* (imię i nazwisko, telefon, adres e-mail):
 - 2) ze strony *Placówki* (imię i nazwisko, telefon, adres e-mail):

§ 12.

Rozwiązanie umowy

1. *Realizator* może odstąpić od umowy lub jej części:
 - 1) w przypadku zaprzestania przez *Placówkę* realizacji Projektu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji Projektu;
 - 2) w przypadku naruszenia postanowień umowy przez *Placówkę*, w szczególności dotyczących obowiązków *Placówki*, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia;
 - 3) w przypadku stwierdzenia przez *Realizatora* nieprawidłowości w wypełnianiu przez *Placówkę* obowiązków informacyjnych, o których mowa w § 6 ust. 6 pkt 5.
2. *Placówka* może wypowiedzieć umowę z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego:
 - 1) w przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy przez *Realizatora*, z wyjątkiem przypadku określonego w pkt 2 poniżej;
 - 2) w przypadku gdy *Realizator* pozostaje w zwłoce z wypłatą należnego wynagrodzenia, za dwa pełne okresy płatności, z zastrzeżeniem, że wypowiedzenie jest możliwe dopiero po uprzednim wezwaniu przez *Placówkę* do zapłaty zaległości i wyznaczenia w tym celu dodatkowego 14 dniowego terminu. Prawo do wypowiedzenia umowy w opisanym przypadku nie przysługuje, w razie zaistnienia okoliczności, o których mowa w §11 ust. 4.
3. Strony zachowują prawo do rozwiązania niniejszej umowy w drodze porozumienia.

§ 13.

Postanowienia końcowe

1. Bez zgody *Realizatora*, wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności, *Placówka medycyny pracy* nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia, cesji lub umowy chociażby podobnej w stosunku do zobowiązań *Realizatora*. Powyższy obowiązek trwa również po ustaniu niniejszej umowy.
2. *Placówka medycyny pracy* nie może wykonywać swoich zobowiązań za pomocą osób trzecich, niezatrudnionych w *Placówce* i nie przeszkolonych w ramach Projektu.
3. Wszelkie zmiany postanowień umowy mogą nastąpić za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Umowa może zostać zmieniona w przypadku:
 - 1) zmiany wniosku o dofinansowanie;



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- 2) zmiany umowy o dofinansowanie;
 - 3) gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji Projektu;
- i może nastąpić z zastrzeżeniem zachowania wymogu formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
5. Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.
 6. Spory wynikłe na tle realizacji umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby *Realizatora*.
 7. Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla *Placówki* i *Realizatora*.

Załączniki do Umowy:

- 1) Zestawienie stawek jednostkowych dla projektu „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”.
- 2) Formularz zgłoszenia kadry medycznej w projekcie.
- 3) Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.
- 4) Formularz zgłoszeniowy do Projektu; Deklaracja uczestnictwa w Projekcie; Oświadczenie uczestnika Projektu.

.....
Realizator

.....
Placówka

Załącznik 1

Zestawienie stawek jednostkowych dla projektu „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”

Stawki jednostkowe określone poniżej dotyczą świadczeń zdrowotnych, które będą udzielane w ramach wdrażania *Programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Do rozliczania kosztów niniejszych świadczeń zdrowotnych zdecydowano się użyć stawek jednostkowych z uwagi na dużą ilość składowych kosztu jednej usługi.

Nazwa stawki jednostkowej	Zakres świadczenia zdrowotnego	Wartość stawki jednostkowej w PLN	Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	Sposób weryfikacji wykonania usługi
Wizyta u lekarza medycyny pracy	Usługa skierowana wyłącznie do pracowników w wieku aktywności zawodowej (18 i więcej lat), którzy w kwestionariuszu przesiewowym STarT Back Tool stanowiącym załącznik do programu uzyskają całkowity wynik ≥ 4 oraz którzy w kwestionariuszu przesiewowym w kierunku zapalnego bólu kręgosłupa również załączonym do programu uzyskali wartość ≥ 4 . Usługa będzie polegać na wykonaniu przez lekarza medycyny pracy badania przesiewowego pacjentów. Lekarz medycyny pracy na podstawie wyników z wypełnionych przez pacjentów kwestionariuszy dokona badania przedmiotowego i podmiotowego i podejmując decyzję co do dalszego postępowania z pracownikiem. Lekarz dokonana podziału pacjentów na grupy ryzyka: Identyfikacja żółtych i czerwonych flag. Pacjent zidentyfikowany z żółtą flagą kierowany jest bezpośrednio na warsztaty z rehabilitacji ruchowej. Przy stwierdzeniu czerwonej flagi lub w przypadkach wątpliwych lekarz medycyny pracy zleca w zależności od potrzeb wykonanie OB, CRP, morfologii oraz RTG miednicy i/lub kręgosłupa i po weryfikacji wyników badań	74	Liczba osób biorących udział w projekcie, które odbyły wizytę u lekarza medycyny pracy.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.



	decyduje o dalszym postępowaniu z pracownikiem (stawka nie obejmuje kosztów badań). Jeśli nie ma przeciwwskazań pacjent kierowany jest na warsztaty z rehabilitacji ruchowej. <u>Ewentualna konieczność odbycia drugiej wizyty u lekarza medycyny pracy w celu weryfikacji przedmiotowych wyników badań objęta jest stawką jednostkową Wizyta u lekarza medycyny pracy.</u> Jeśli jest to zasadne, lekarz medycyny pracy kieruje do neurologa, jeżeli ma podpisaną umowę lub wypisuje informacje dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa wymagających dalszej diagnostyki. Konsultacja z neurologiem odbywa się już poza programem i nie jest w ramach niego rozliczana.			
Badanie OB	Wykonanie badania OB i podanie wyników u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy.	9,10	Liczba osób, którym wykonano badanie OB.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.
Badanie morfologii krwi	Wykonanie badania morfologii krwi u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy.	12,60	Liczba osób, którym wykonano badanie morfologii krwi.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.
Badania CRP	Wykonanie badania CRP i podanie wyników u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy.	18,90	Liczba osób, którym wykonano badanie CRP.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.
Badania obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa	Wykonanie RTG AP i boczne kręgosłupa wraz z opisem u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy.	74,20	Liczba osób, którym wykonano badanie RTG AP i boczne kręgosłupa.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Badania obrazowe RTG miednicy	Wykonanie RTG miednicy wraz z opisem u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy.	59,40	Liczba osób, którym wykonano badanie RTG miednicy.	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.
--------------------------------------	---	-------	--	---

Załącznik 2
FORMULARZ ZGŁOSZENIA KADRY MEDYCZNEJ DO PROJEKTU
**„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji”**

Współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne - Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, na podstawie umowy nr POWR.05.01.00-00-0025/19, realizowanego na terenie województw mazowieckiego i łódzkiego. Program realizowany w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).

DANE INSTYTUCJI

Nazwa instytucji	
Adres siedziby (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
województwo	
powiat	
gmina	
Telefon kontaktowy, fax	
Adres e- mail	
Adres strony www	
NIP	
REGON	
Pieczętka instytucji	

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię (imiona)	
Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	



Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe (ISCED0) ☐ podstawowe (ISCED1) ☐ gimnazjalne (ISCED2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED3) (średnie/zasadnicze zawodowe) ☐ policealne (ISCED4) ☐ wyższe (ISCED5 – ISCED8) ☐ inne, jakie.....	

Dane kontaktowe uczestnika Projektu		
Kraj		
Województwo	☐ łódzkie	☐ mazowieckie
Powiat		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica, numer budynku		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ¹ ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ² ☐ Osoba bierna zawodowo ☐ Osoba bierna zawodowo w trakcie poszukiwania pracy ☐ Osoba pracująca
--	--

¹**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba bezrobotna (tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) jednak niepozostająca w rejestrach urzędów pracy. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

²**Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osobę zarejestrowaną jako bezrobotną zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia ona wszystkich trzech kryteriów. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



	Wykonywany zawód: Nazwa miejsca pracy:
Miejsce zatrudnienia osoby w chwili przystąpienia do projektu	☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ w organizacji pozarządowej ☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
2. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” realizowanym przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).
3. Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.1. Programy profilaktyczne, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu Projektu.
5. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej) oraz zobowiązania do pisemnego potwierdzenia odmowy podania w/w danych.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....
miejscowość, data

.....
podpis uczestnika Projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” nr umowy POWR.05.01.00-00-0025/19 z dnia 6 maja 2020 r.** przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach „Program Operacyjny Wiedza Edukacja, Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia**, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, partnerowi realizującemu projekt - **Fundacja Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE)**, 02-972 Warszawa, ul. Adama Branickiego 14/3 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekazać beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych -z Inspektorem Ochrony Danych- wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@spartanska.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfi.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Jeżeli spełnione są przesłanki o kreślone w art. 16 i 18 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej³.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

³ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2.

Załącznik 3

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Tytuł Projektu: Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0025/19

Tytuł programu profilaktycznego: *Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa*

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub wykonującej badanie
Wizyta u lekarza medycyny pracy			
Imię i nazwisko uczestnika			
PESEL			
Adres zamieszkania			
Województwo			
Podpis uczestnika projektu			
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego			
Adres podmiotu leczniczego			
Województwo			
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne			
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne			

Proszę uzupełnić oświadczenie drukowanymi literami.

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Tytuł Projektu: Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0025/19

Tytuł programu profilaktycznego: *Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa*

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub wykonującej badanie
Badanie OB.			
Badanie CRP			
Badanie morfologii krwi			
Badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa			
Badanie obrazowe RTG miednicy			
Imię i nazwisko uczestnika			
PESEL			
Adres zamieszkania			
Województwo			
Podpis uczestnika projektu			



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

Proszę uzupełnić oświadczenie drukowanymi literami.

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Tytuł Projektu: Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0025/19

Tytuł programu profilaktycznego: *Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa*

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego
Wizyta u lekarza medycyny pracy – II wizyta			
Imię i nazwisko uczestnika			
PESEL			
Adres zamieszkania			
Województwo			
Pieczęć podmiotu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego			

Decyzja:

	Kwalifikacja do grupy <u>czerwona flaga</u>: Skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uzyskania skierowania do specjalisty i kontynuacji diagnostyki oraz leczenie w ramach NFZ
	Kwalifikacja do grupy <u>żółta flaga</u>: Skierowanie na warsztaty rehabilitacji ruchowej

Inne zalecenia:

Załącznik 4

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

**„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji”**

Współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne - Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, na podstawie umowy nr POWR.05.01.00-00-0025/19, realizowanego na terenie województw mazowieckiego i łódzkiego. Program realizowany w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).

Dane uczestnika Projektu

Imię (imiona)		
Nazwisko		
Data urodzenia		
PESEL		
Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe (ISCED0) ☐ podstawowe (ISCED1) ☐ gimnazjalne (ISCED2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED3) (średnie/zasadnicze zawodowe) ☐ policealne (ISCED4) ☐ wyższe (ISCED5 - ISCED8) ☐ inne, jakie.....	

Dane kontaktowe uczestnika Projektu

Kraj		
Województwo	☐ łódzkie	☐ mazowieckie
Powiat, gmina		
Miejscowość		
Ulica, numer budynku		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ⁴ ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ⁵ ☐ Osoba bierna zawodowo ☐ Osoba bierna zawodowo w trakcie poszukiwania pracy (OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU dotyczące gotowości podjęcia/kontynuowania zatrudnienia) ☐ Osoba pracująca Wykonywany zawód: Nazwa miejsca pracy:
Miejsce zatrudnienia osoby w chwili przystąpienia do projektu	☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w małym/mikro/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ w organizacji pozarządowej ☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba z niepełnosprawnościami (potwierdzone orzeczeniem o niepełnosprawności)	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ⁶	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

⁴**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba bezrobotna (tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) jednak niepozostająca w rejestrach urzędów pracy. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

⁵**Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osobę zarejestrowaną jako bezrobotną zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia ona wszystkich trzech kryteriów. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

⁶**Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną**, np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

7. Przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
8. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” realizowanym przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).
9. Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.1. Programy profilaktyczne, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
10. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu Projektu.
11. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej) oraz zobowiązania do pisemnego potwierdzenia odmowy podania w/w danych.
12. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....
miejscowość, data

.....
podpis uczestnika Projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” nr umowy POWR.05.01.00-00-0025/19 z dnia 6 maja 2020 r.** przyjmuję do wiadomości, że:

17. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
18. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - e) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - g) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - h) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
19. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach „Program Operacyjny Wiedza Edukacja, Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
20. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
21. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia**, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, partnerowi realizującemu projekt - **Fundacja Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE)**, 02-972 Warszawa, ul. Adama Branickiego 14/3 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

22. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
23. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
24. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekazać beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
25. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
26. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
27. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
28. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
29. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych -z Inspektorem Ochrony Danych- wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@spartanska.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfi.gov.pl.
30. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Jeżeli spełnione są przesłanki o kreślone w art. 16 i 18 RODO.
31. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
32. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej⁷.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

⁷ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2.