



Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Umowa o udział w projekcie

zawarta w dniu _____, pomiędzy:

Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

z siedzibą w Tuchowie (33-170), przy ul. Szpitalnej 1,

NIP: 8733135562,

zwanym dalej Realizatorem,

a

Panią/Panem: _____

Adres zamieszkania:

PESEL: _____

Nr telefonu: _____

Adres e-mail: _____

zwaną/ym dalej Uczestnikiem/Czką Projektu.

1. Postanowienia ogólne

Niniejsza umowa reguluje zasady udziału Uczestnika/Czki w projekcie pn.

„Pełnia ruchu, pełnia życia – kompleksowa rehabilitacja dla Ciebie”, nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24, realizowanym w ramach działania FEMP.06.08 Programy zdrowotne, oś priorytetowa: Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Program Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Ważne informacje:

- Realizatorem Projektu jest Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- Projekt jest realizowany w okresie 01.10.2025 r. do 31.10.2027 r.
- Udział Uczestnika/Czki w Projekcie jest bezpłatny.

2. Oświadczenia Uczestnika/Czki Projektu

Uczestnik/Czka Projektu oświadcza, że:

1. Spełnia łącznie wszystkie poniższe obligatoryjne kryteria dostępu do Projektu:

- ❖ Miejsce zamieszkania na terenie województwa małopolskiego.
- ❖ Jest osobą pracującą (pracownikiem) lub bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy.
- ❖ Jest dotknięty/a dysfunkcją układu ruchu wg klasyfikacji ICD-10 (potwierdzoną stosowną dokumentacją medyczną):
 1. Q65-Q79 – Wrodzone zniekształcenia narządu ruchu,
 2. M47 – Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa
 3. M00-M25 – Choroby zwyrodnieniowe stawów (biodrowego, kolanowego, ramiennego)
 4. M32-M35 – Choroby układowe tkanki łącznej
 5. S40-S99, T91-T95, Z89 – Urazy, złamania, amputacje

2. W okresie ostatniego miesiąca poprzedzającego przystąpienie do Projektu NIE zakończył/a pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym oraz nie korzystał/a z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

3. W chwili przystąpienia do Projektu nie jest i nie będzie objęty/a innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym z NFZ lub w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych, przez cały okres trwania udziału w Projekcie.

4. Ponadto uczestnik:

- Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Realizatora w celach związanych z realizacją, rozliczeniem, monitorowaniem i ewaluacją Projektu, zgodnie z dołączoną do niniejszej umowy Klauzulą Informacyjną RODO (Załącznik nr 1).
- Został/a poinformowany/a o uzyskanym dofinansowaniu Projektu z Funduszy Europejskich oraz wyraża zgodę na wykorzystanie jego/jej wizerunku w materiałach promocyjnych Projektu (np. zdjęcia, relacje), o ile taka zgoda została wyrażona w odrębnym oświadczeniu.

3. Prawa i obowiązki Uczestnika/Czki Projektu

1. Uczestnik/Czka Projektu ma prawo do:

- Bezpłatnego udziału w świadczeniach zdrowotnych (rehabilitacji) oraz programie edukacyjnym, zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji.
- Zwrotu kosztów dojazdu na miejsce wsparcia, na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w projekcie.
- Skorzystania z opieki nad osobą zależną/dzieckiem podczas korzystania ze świadczeń, na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa w projekcie.

2. Uczestnik/Czka Projektu zobowiązuje się do:

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- Aktywnego i systematycznego uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia zaplanowanych w ramach jego/jej udziału w Projekcie, w tym:
 - ❖ W kompleksowej rehabilitacji (Zadanie 1) przez okres 5-tygodniowego cyklu, obejmującego min. 15 dni świadczeń rehabilitacyjnych (min. 3 razy w tygodniu), z codziennym min. 2-godzinnym uczestnictwem.
 - ❖ W obowiązkowym programie edukacyjnym (Zadanie 2), obejmującym 2 spotkania grupowe w trakcie cyklu.
- Punktualnego stawiania się na zaplanowane świadczenia i zajęcia.
- Informowania Realizatora o każdej nieobecności oraz jej przyczynach.
- Przekazania Realizatorowi, nie później niż w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie, informacji dotyczących swojej sytuacji na rynku pracy, niezbędnych do pomiaru wskaźników rezultatu bezpośredniego, w szczególności wskaźnika "Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie". Informacje te obejmują potwierdzenie podjęcia lub kontynuacji zatrudnienia (kopia umowy o pracę/zlecenie, zaświadczenie od pracodawcy) lub inny dokument określony przez Realizatora.
- Niezwłocznego poinformowania Realizatora o każdej zmianie danych zawartych w niniejszej umowie, w szczególności adresu zamieszkania, statusu na rynku pracy oraz danych kontaktowych.
- Przestrzegania Regulaminu uczestnictwa w projekcie oraz postanowień niniejszej umowy.

Uczestnik/Czka Projektu ma prawo do dobrowolnej rezygnacji z udziału w Projekcie z ważnych przyczyn, po uprzednim pisemnym powiadomieniu Realizatora, poprzez złożenie wypełnionego „Oświadczenia o rezygnacji z udziału w projekcie” (Załącznik nr 2). Rezygnacja staje się skuteczna z dniem jej przyjęcia przez Realizatora. Pomimo rezygnacji,

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Uczestnik/Czka zobowiązany/a jest do wypełnienia obowiązków określonych w 3 punkcie umowy oraz do wypełnienia Ankiety satysfakcji.

4. Prawa i obowiązki Realizatora

1. Realizator zobowiązuje się do:

- Zapewnienia Uczestnikowi/Czce Projektu wsparcia określonego w punkcie 3 na wysokim poziomie merytorycznym i organizacyjnym.
- Poinformowania Uczestnika/Czki Projektu o wszystkich zasadach uczestnictwa oraz jego prawach i obowiązkach.
- Zachowania poufności danych osobowych Uczestnika/Czki Projektu.
- Zapewnienia bezpiecznych i dostępnych warunków uczestnictwa w Projekcie.

2. Realizator ma prawo do:

- Wykluczenia Uczestnika/Czki Projektu z udziału w Projekcie w przypadku naruszenia przez niego/nią postanowień niniejszej umowy, w szczególności w przypadku:
 - ❖ Niestawiennictwa na świadczeniach rehabilitacyjnych lub zajęciach edukacyjnych bez usprawiedliwienia.
 - ❖ Niespełnienia kryteriów kwalifikowalności w trakcie trwania Projektu.
 - ❖ Zachowania uniemożliwiającego prawidłową realizację wsparcia.
 - ❖ Żądania od Uczestnika/Czki Projektu dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów uczestnictwa oraz informacji niezbędnych do monitorowania i rozliczenia Projektu.

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- ❖ Otrzymania informacji, że Uczestnik/Czka Projektu jest objęty/a innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym, co stanowi naruszenie punktu 2.

5. Konsekwencje niewywiązania się z obowiązków

W przypadku niewywiązania się przez Uczestnika/Czkę Projektu z obowiązku określonego w punkcie 3 umowy tj. nieprzekazania wymaganych informacji o sytuacji na rynku pracy w terminie 4 tygodni od zakończenia udziału, Realizator będzie uprawniony do dochodzenia na drodze sądowej zwrotu kosztów poniesionych na wsparcie tej osoby w Projekcie lub odszkodowania, którego wysokość będzie odpowiadać wartości udzielonego wsparcia. Uczestnik/Czka Projektu wyraża świadomą zgodę na ten zapis, przyjmując do wiadomości, że dostarczenie ww. informacji jest obowiązkowym warunkiem udziału w Projekcie i konieczne do jego prawidłowego rozliczenia z Instytucją Pośredniczącą.

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

6. Postanowienia końcowe

1. Zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez obie Strony.
3. Spory wynikłe na tle niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Realizatora.
4. Ewentualna nieważność lub bezskuteczność poszczególnych postanowień umowy nie pociąga za sobą nieważności lub bezskuteczności umowy jako całości.

Podpis stron:

.....

(Podpis Uczestnika/Czki Projektu)

.....

(Podpis Realizatora)

Załączniki stanowiące integralną część umowy:

- Załącznik nr 1: Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (RODO).
- Załącznik nr 2: Oświadczenie o rezygnacji z udziału w projekcie

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Załącznik nr 1.

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW

Centrum Zdrowia Tuchów sp. z o.o. otrzymujących świadczenia opieki zdrowotnej Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administrator danych osobowych

Centrum Zdrowia Tuchów sp. z o.o. z siedzibą w Tuchowie jest Administratorem Pana(i) danych osobowych.

2. Inspektor Ochrony Danych

Wyzaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się Pan(i) skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych za pośrednictwem e-mailem: pawel.konarski@czt.com.pl; pod numerem telefonu 146535229; lub pisemnie na adres wskazany w pkt I.

3. Cele i podstawy przetwarzania

Określono cele przetwarzania Pana(i) danych. Jako administrator CZT sp. z o.o. będzie przetwarzać Pana(i) dane:

- w celu udzielania Pani świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie obowiązku z art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
- w celu przekazania Pani danych do Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie obowiązku z art. 188 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

- w celu gromadzenia Pani danych osobowych na podstawie obowiązku wynikającego z art. 189 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
- w celu gromadzenia Pani danych osobowych w bazie danych systemu informacji na podstawie obowiązku wynikającego z art. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
- ponieważ jest to niezbędne do ochrony Pana(i) żywotnych interesów w postaci prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, prawa do informacji o swoim stanie zdrowia, prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawa do dostępu do dokumentacji medycznej (art. 6, 9, 15, 23, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. d RODO);
- w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu CZT sp. z o.o. zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
- w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją prawnie uzasadnionego interesu CZT sp. z o.o. (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
- w celach przetwarzania danych osobowych dotyczących zdrowia, pod warunkiem, że przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, w tym również kontaktu z pacjentem w celu

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

informowania go o wizytach i potwierdzenia rejestracji (art. 9 ust. 2 lit. h RODO)

- w przypadku wyrażenia przez Pana/Panią dobrowolnej zgody na przetwarzania danych osobowych, w tym danych wrażliwych do kwalifikowania Pana/Pani do udziału w programach profilaktycznych.

4. Prawo do sprzeciwu

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.

W każdej chwili przysługuje Panu(i) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani(a) danych opisanych powyżej. Przystaniemy przetwarzać Pan(i) dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Pani(a) danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Pani(a) interesów, praw i wolności lub Pani(a) dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

5. Okres przechowywania danych

Pani(a) dane osobowe wynikające z udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będą przetwarzane przez okres zgodny z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), określający okres archiwizacji dokumentacji medycznej tj.: co do zasady przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

- 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
- 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

6. Odbiorcy danych

Do Pani(a) danych mogą też mieć dostęp podwykonawcy CZT sp. z o.o. (podmioty przetwarzające), np. laboratoria analityczne, inne szpitale i gabinety lekarskie, firmy prawnicze, informatyczne, likwidatorzy szkód, wykonawcy usług w ramach likwidacji szkód.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym

7. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO, przysługuje Panu(i):

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- prawo do przenoszenia danych;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych jest obowiązkiem wynikającym z art. 189 ust. 2 ustawy o o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) i stanowi warunek udzielenia świadczenia.

Tuchów, dnia

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą informacyjną

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Podpis:.....

9. Zgoda na profilowanie w celu kwalifikacji do udziału w programach profilaktycznych

Niniejsza zgoda wyrażana jest dobrowolnie nie jest konieczne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Przysługują Pani/Panu prawa wymienione w pkt. 7.



Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Administrator będzie stosował wobec Pani/Pana zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym/lub profilowanie, polegające na kwalifikacji Pani/Pana do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej i kontaktu w celu poinformowania o możliwości wzięcia udziału w programach profilaktyki. Konsekwencją stosowanego profilowania będzie podejmowanie zautomatyzowanych decyzji, mogących mieć znaczenie prawne.

Okres przechowywania danych osobowych nie ulega zmianie w stosunku do informacji zawartej w pkt. 5

Tuchów, dnia.....r.

Imię i nazwisko:

Podpis:.....

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Załącznik nr 2 do Umowy: Oświadczenie o rezygnacji z udziału w projekcie

Ja, niżej podpisany/na

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Nr telefonu: _____

byłem/am Uczestnikiem/Czką projektu pn. „Pełnia ruchu, pełnia życia- kompleksowa rehabilitacja dla Ciebie”, nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24, realizowanego przez Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., oświadczam, iż dobrowolnie rezygnuję z dalszego udziału w ww. projekcie z dniem _____.

Przyczyna rezygnacji (proszę podać):.....

.....

(np. zmiana sytuacji osobistej/zawodowej, stan zdrowia uniemożliwiający kontynuację, brak czasu, itp.)

Jednocześnie:

- Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności wypełnienia Ankiety satysfakcji uczestnika projektu przed ostatecznym rozliczeniem mojego udziału.
- Zobowiązuję się do dostarczenia ww. ankiety w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia złożenia niniejszego oświadczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że pomimo rezygnacji, obowiązuje mnie postanowienie Umowy, dotyczące przekazania informacji o mojej sytuacji na rynku pracy w ciągu 4 tygodni od dnia skutecznej rezygnacji

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

(punkt 3 umowy). Niezwłocznie po jej zmianie prześlę stosowne dokumenty na adres Realizatora.

- Oświadczam, że nie mam żadnych roszczeń względem Realizatora, Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., związanych z dotychczasowym udziałem w projekcie, z wyjątkiem kosztów kwalifikowalnych, które już poniosłam/em, a które podlegają rozliczeniu na zasadach określonych w Regulaminie uczestnictwa.

.....

(Miejscowość, data oraz podpis Rezygnującego/Uczestnika Projektu)

Potwierdzenie przyjęcia rezygnacji przez Realizatora

Rezygnacja została przyjęta w dniu.....

Przez.....

Skuteczna z dniem.....

.....

(podpis przedstawiciela realizatora projektu)