Poznań , dn. 20.01.2020 r.

Ogłoszenie o otwartym naborze konkursowym

dotyczącym wyboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej

do współpracy w ramach realizacji projektu pt. REALIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM, WIELKOPOLSKIM I ZACHODNIOPOMORSKIM

I. Informacje ogólne

W związku z realizacją projektu pt. „ Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim" WDN - POWR.05.01.00-00-0002/16 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu ogłasza otwarty nabór **placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z województwa wielkopolskiego, zachodniopomorskiego, lubuskiego**

Dane Organizatora konkursu:

Nazwa: Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
Adres: ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
REGON 000291204, **NIP** 778-134-20-57
Telefon: 061 88 50 729, 603 942 135

Osoba upoważniona do kontaktów :

Hanna Przydatek
hanna.przydatek@wco.pl

Sandra Roczeń
sandra.roczen@wco.pl

Data publikacji ogłoszenia: 20.11.2017r.

Aktualizacja ogłoszenia: 20.01.2020 r.

Termin składania ofert: 20.03.2020r.

Niniejsze ogłoszenie zostało upublicznione na stronie internetowej Zamawiającego **www.wco.pl/pl/szpital/ogloszenia** oraz w Biuletynie Informacji Publicznej BIP

II. Cel i założenia projektu

Główne cele projektu to:

- objęcie grupy docelowej 7500 mieszkańców (3000 kobiet i 4500 mężczyzn) na terenie realizacji projektu bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi w ramach profilaktyki wtórnej (badanie laryngologiczne nasofiberoskopem). Grupą docelową będą osoby w wieku produkcyjnym, u których istnieje podwyższone ryzyko NGiSz tj.: w wieku 40-65 lat, są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów niezwiązanych z infekcją górnych dróg oddechowych takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone lub białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z przełykaniem. Do grupy objętej programem można włączyć również osoby z wskazanej grupy wiekowej, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z ww. objawów
- objęcie pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – 120 osób, działaniami edukacyjnymi z zakresu wiedzy o NGiSz
- kampania edukacyjna skierowana do grupy docelowej w zakresie czynników ryzyka oraz wczesnych objawów NGiSz
- realizacja programu wsparcia emocjonalnego dla chorych leczonych z powodu NGiSz, obejmującego spotkania chorych i ich rodzin z zespołami psychologiczno-socjalnymi
- utworzenie i prowadzenie platformy współpracy pomiędzy interesariuszami (w tym m.in. lekarzami POZ, decydentami, organizacjami skupiającymi pacjentów z NGiSz)

Zapraszanie do programu osób badanych odbywać się będzie dwutorowo:

- poprzez lekarzy POZ (zadaniem lekarzy POZ będzie kwalifikacja pacjentów ze swojej listy aktywnej do badań przesiewowych oraz edukacja)
- samodzielnie poprzez bezpośredni dotarcie do ośrodka specjalistycznego, w wyniku działań edukacyjnych

Czynnikiem wykluczającym kwalifikację pacjenta do programu jest występowanie w/w objawów w trakcie trwania infekcji wirusowej lub bakteryjnej.

W ramach projektu Organizator konkursu zawiera umowy o współpracy z 60 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej z terenu województw – lubuskiego, wielkopolskiego oraz zachodniopomorskiego.

Projekt będzie realizowany od 01.09.2017 r. do 31.08.2020 r

Program zakłada szerokie włączenie lekarzy POZ zarówno w proces zwiększenia świadomości nt. nowotworów głowy i szyi wśród Polaków, jak i prowadzenie kwalifikacji pacjentów ze swojej listy aktywnej do badań przesiewowych w kierunku ich wczesnego wykrycia.

III. Opis przedmiotu zamówienia wraz z określeniem jego zakresu

1. Poprzez zawarcie umowy w wyniku niniejszego naboru konkursowego, placówka podstawowej opieki zdrowotnej podejmie z Organizatorem konkursu współpracę w zakresie wdrażania profilaktyki dotyczącej wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.

2. Do zadań realizowanych na poziomie danego POZ należy:

- oddelegowanie łącznie 2 osób (2 lekarzy, bez względu na formę zatrudnienia z POZ lub w przypadku jednoosobowych działalności gospodarczych- 1 lekarza i 1 pielęgniarkę) na dwa spotkanie edukacyjne – warsztaty szkoleniowe, które obejmować będą następującą tematykę: profilaktykę nowotworów głowy i szyi, znajomości metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru, umiejętność leczenia oraz terapii chorych na NGiS, umiejętność prowadzenia rehabilitacji osób po leczeniu na NGiS, właściwa komunikacja z chorym.

- Dokładny termin i miejsce szkolenia zostanie ustalony po zakończeniu naboru placówek POZ.

- Udział w warsztatach szkoleniowych wyznaczonych przez POZ osób jest obowiązkowy. Placówka nie może przystąpić do programu bez zadeklarowania udziału w szkoleniu wyznaczonego personelu.

- W związku z realizacją przez Zamawiającego obowiązku pozytywnego wpływu projektu na polityki horyzontalne UE, w tym głównie dotyczących równości szans kobiet i mężczyzn, w szkoleniach może wziąć udział określona wskaźnikiem liczba kobiet i mężczyzn. Z uwagi na strukturę zatrudnienia w placówkach POZ, która wskazuje na wyższy odsetek kobiet a także chęć wyrównania wskaźnika dostępności do specjalistycznych szkoleń dla kobiet i mężczyzn, Organizator konkursu przewidział udział w szkoleniach większej liczby kobiet (66K i 54M). W związku z tym pierwszeństwo w rekrutacji na szkolenia będą miały kobiety. Wskaźnik udziału kobiet i mężczyzn w szkoleniach dla POZ będzie monitorowany, a Zamawiający zastrzega sobie prawo do ustalania z POZ składu personelu wytypowanego do szkoleń, tak by móc osiągnąć zakładany wskaźnik.

- zakwalifikowanie w okresie realizacji projektu ok. 62 pacjentów, którzy zostaną objęci podstawowym badaniem laryngologicznym;
- kwalifikowanie ok. 62 pacjentów lekarz będzie dokonywał ze swojej listy aktywnej na podstawie jednego z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych, takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem, w grupie wiekowej 40-65 lat;
- wypełnienie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej kwalifikującego osobę do programu ankiety dot. czynników ryzyka, wskazanie adresów ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie laryngologiczne, przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi, przekazanie dostępnych materiałów edukacyjnych;
- wypełnianie dokumentacji niezbędnej do realizacji Projektu (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankieta);
- przekazywanie pacjentom z listy aktywnej dostępnych materiałów edukacyjnych rozpowszechniających informacje dotyczące profilaktyki nowotworów głowy i szyi.

Rozliczeniu podlegają konsultacje, w wyniku których lekarz POZ poprawnie zakwalifikuje pacjentów do programu.

Wynagrodzenie POZ: świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja – cena 48 zł brutto.

Okres współpracy, o którym mowa w pkt 1, to okres od dnia zwarcia umowy między WCO, a daną placówką POZ do 31.08.2020 r.

IV. Warunki przystąpienia do konkursu

Oferent musi spełniać następujące warunki:

1. Posiadać status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.).
2. Posiadać siedzibę na terenie województwa lubuskiego, wielkopolskiego lub zachodniopomorskiego.
3. Zatrudniać minimum jednego lekarza mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który ma na swojej aktywnej liście pacjentów osoby kwalifikujące się do programu.

4. Dysponować zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu.

V. Zasady wyboru placówek POZ

1. Organizator konkursu spośród złożonych ofert wybiera 60 ofert.
2. Organizator konkursu dokona wyboru placówek stosując następujące kryteria:

- spełnienie warunków formalnych (złożenie oferty w terminie, podpisanie oferty przez osobę uprawnioną, kompletność oferty i załączników),
- wysokość punktów przyznanych za spełnienie kryteriów merytorycznych.

3. W związku z założeniem realizacji Projektu na terenie 3 województw: lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego Organizator konkursu zastrzega dokonanie wyboru do 40 placówek na terenie woj. wielkopolskiego, do 10 placówek na terenie woj. lubuskiego i do 10 placówek na terenie woj. zachodniopomorskiego tylko w oparciu o spełnienie warunków formalnych w przypadku, gdy liczba złożonych ofert z danego województwa nie przekroczy określonej liczby placówek podanej wyżej.
4. W przypadku, gdy w danym województwie więcej niż założona w pkt.3 ilość placówek spełnia warunki formalne, wybór odpowiednio 40 palcówek – woj. wielkopolskie, 10 placówek – woj. lubuskie oraz 10 palcówek- woj. zachodniopomorskie, zostanie dokonany w oparciu o wysokość punktów przyznanych w danym województwie za spełnienie kryteriów merytorycznych (Organizator konkursu wybierze placówki, które uzyskały największą liczbę punktów w danym województwie).
5. W przypadku, gdy dwie lub więcej placówek uzyskają taką samą liczbę punktów decyduje data i godzina złożenia oferty.

VI. Kryteria merytoryczne

Oferty zostaną ocenione przez Ogłaszającego ofertę w oparciu o następujące kryteria:

1. POZ współpracuje lub zatrudnia lekarza rodzinnego lub innego lekarza z uprawnieniami do tworzenia aktywnej listy pacjentów (1 lekarz- 1 pkt, 2 lekarzy – 2pkt, 2-3 lekarzy – 3pkt, 4 i więcej lekarzy 4 pkt)

VII. Zapisy umowy

Organizator konkursu informuje, a POZ akceptuje, że w umowie będą znajdowały się m.in. następujące zapisy:

1. POZ zobowiązuje się wytypować osoby odpowiedzialne za rozliczenia i koordynację działań w ramach projektu. Zakres obowiązków osoby wytypowanej stanowi załącznik nr 1 do umowy.

2. POZ zobowiązuje się wydelegować łącznie 2 lekarzy lub w przypadku jednoosobowych działalności gospodarczych 1 lekarza i 1 pielęgniarkę na dwa spotkania edukacyjne w terminie wskazanym przez WCO.

3. Udział w szkoleniu wyznaczonych przez POZ osób jest obowiązkowy. Dopuszczalna jest możliwość zamiany osoby pierwotnie zgłoszonej, jednak tylko przed terminem pierwszego szkolenia.

4. POZ oświadcza, że po odbyciu przeszkolenia, lekarze zatrudnieni w POZ, wytypują do dnia 30.06.2020 roku ok. 62 pacjentów kwalifikujących się i nie podlegających wykluczeniu z Programu zgodnie z jego zapisami.

5. W przypadku kwalifikacji osoby do Programu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest wypełnić wszelką dokumentację niezbędną do realizacji Projektu: (formularz zgłoszeniowy- zał. nr 2 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych –zał. nr 3 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym -załącznik nr 4 do umowy, ankietę – załącznik nr 5 do umowy), wskazać adresy ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie laryngologiczne, przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi oraz przekazać dostępne materiały edukacyjne.

6. WCO za każdą indywidualną konsultację udzieloną pacjentowi, w wyniku której zostanie skierowana osoba do Programu zgodnie z wytycznymi Programu, zapłaci POZ wynagrodzenie w wysokości 48 zł brutto.

7. POZ przekazuje dokumentację dotyczącą udzielenia indywidualnych konsultacji WCO przesyłką poleconą lub osobiście w terminie do każdego czwartego dnia roboczego miesiąca kalendarzowego.

8. Wynagrodzenie należne POZ płatne będzie kwartalnie. Podstawę do wystawienia faktury przez POZ stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych dla WCO oryginałów dokumentów (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, oświadczenie lekarza uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankieta).

9. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury, w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez WCO 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 WCO środków na realizację Projektu na co POZ wyraża zgodę.

10. POZ jest zobowiązany do podpisania z WCO umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach realizacji projektu.

11. Umowa może zostać zmieniona:

- w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,
- w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,
- w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji projektu.

12. Organizator konkursu zastrzega możliwość zmiany umowy w zakresie liczby pacjentów wytypowanych do udziału w Projekcie przez daną placówkę, dopuszczając zwiększenie liczby pacjentów o 50 %, w przypadku, gdy inne placówki podstawowej opieki zdrowotnej nie wytypują odpowiedniej liczby pacjentów do prawidłowej realizacji Projektu.

VIII. Forma przygotowania i składania oferty

1. Oferta powinna zawierać:

- formularz ofertowy wraz z oświadczeniem o spełnieniu warunków (stanowiący załącznik nr 1),
- formularz dotyczący spełnienia kryteriów (stanowiący załącznik nr 2)
- parafowaną i zaakceptowaną Umowę współpracy wraz z załącznikami w ramach realizacji projektu pt. Realizacja programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi w województwie lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (stanowiącą załącznik nr 3)

2. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być naniesione czytelnie i parafowane przez osobę(osoby) podpisującą(e) ofertę.

3. Oferta wymaga podpisu osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu składającego zgodnie z wymaganiami ustawowymi. Jeżeli ofertę podpisuje inna osoba, Oferent zobowiązany jest razem z ofertą przedłożyć swoje pełnomocnictwo.

4. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach z dopiskiem „**Oferta w ramach naboru konkursowego placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach realizacji projektu pt. ”Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Glowy i Szyi w województwie lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim"** oraz informacją identyfikującą placówkę.

IX. Miejsce składania ofert

1. Oferty należy składać w siedzibie Organizatora konkursu: 61-866 Poznań, ul. Garbary 15, w **KANCELARII, pok. nr 3089.**

X. Forma otwarcia złożonych ofert

1. Otwarcie ofert nastąpi według harmonogramu udostępnionego na stronie internetowej Zamawiającego www.wco.pl/pl/szpital/ogloszenia.

XI. Wybór oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu

1. Złożenie oferty jest jednoznaczne z przyjęciem warunków dotyczących współpracy z Wielkopolskim Centrum Onkologii oraz zaakceptowaniem sposobu współpracy określonego w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni.
3. Organizator konkursu odpowiada na pytania do 2 dni roboczych przed terminem otwarcia ofert. Pytania można składa na adres mailowy (hanna.przydatek@wco.pl lub sandra.roczen@wco.pl)
4. W przypadku złożenia oferty z brakami formalnymi, Organizator konkursu wezwie placówkę do uzupełnienia tych braków w nieprzekraczalnym terminie 2 dni roboczych. Oferent wyraża zgodę na przesłanie informacji z prośbą o uzupełnienie braków za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres mailowy wskazany w „Ofercie". Po bezskutecznym upływie wskazanego terminu, oferta podlega odrzuceniu. Oferty nie spełniające warunków udziału w postępowaniu podlegają odrzuceniu.
5. Wynik rekrutacji (informacje o zawartych umowach) opublikowane zostaną na stronie Organizatora konkursu **www.wco.pl/pl/szpital/ogloszenia** oraz w Biuletynie Informacji Publicznej BIP
6. W razie braku zawarcia umów z 60 placówkami POZ, Organizator konkursu zamieszcza na stronie **www.wco.pl/pl/szpital/ogloszenia** oraz Biuletynu Informacji Publicznej informację o przedłużeniu konkursu lub przeprowadzeniu ponownego konkursu, którego celem będzie wyłonienie brakującej liczby placówek.
7. Zawiadomienie o wyborze oferty skierowane do placówek podstawowej opieki zdrowotnej, których oferta została wybrana, będzie zawierać wskazanie terminu zawarcia umowy. Oferent wyraża zgodę na przesłanie informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres mailowy wskazany w „Ofercie".
8. Umowa będzie uznana za zawartą z chwilą jej podpisania. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

Załącznik nr1

……., dnia …….

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący ogłoszenia o otwartym naborze konkursowym placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach realizacji projektu pt. REALIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM, WIELKOPOLSKIM I ZACHODNIOPOMORSKIM

Dane Organizatora konkursu:

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

REGON: 000291204,

NIP: 7781342057

Dane Oferenta:

Nazwa Podmiotu	
Status prawny	
Nr księgi rejestrowej	
Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	

Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu, nr lokalu	
NR wpisu do KRS (jeśli dotyczy)	
NIP	
REGON	
e-mail do kontaktu	
Telefon do kontaktu *Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym*	

Niniejszym przedkładamy ofertę wraz z wymaganą dokumentacją.

Częścią integralną oferty są:

- formularz ofertowy wraz z oświadczeniem o spełnieniu warunków (stanowiący załącznik nr 1),
- formularz dotyczący spełnienia kryteriów (stanowiący załącznik nr 2)
- parafowaną i zaakceptowaną Umowę współpracy wraz z załącznikami w ramach realizacji projektu pt. REALIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM, WIELKOPOLSKIM I ZACHODNIOPOMORSKIM (stanowiącą załącznik nr 3)

……., dnia…… podpis osoby (osób) uprawnionej (-nych)

Oświadczam, że uważam się za związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od zakończenia terminu składania ofert, a w przypadku wyboru oferty przez cały okres trwania umowy.

Oświadczam, że podane przeze mnie/nas dane są zgodne z prawdą i znane są nam sankcje wynikające z art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że placówka

.....

spełnia następujące wymogi:

- posiada status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.).
- posiada siedzibę na terenie jednego z trzech województw - lubuskiego, wielkopolskiego lub zachodniopomorskiego.
- zatrudnia minimum jednego lekarza mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który ma w swojej aktywnej liście pacjentów osoby, kwalifikujące się do programu.
- dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu.

Deklaruję udział w szkoleniu z zakresu wdrażania programu profilaktycznego 2 osób z personelu medycznego zatrudnionego w POZ lub współpracującego z POZ: ..... kobieta/kobiety i ..... mężczyzna/mężczyzn.

……., dnia ..... podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

Załącznik nr 2

FORMULARZ DOTYCZĄCY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW

l.p.	**KRYTERIA MERYTORYCZNE**	
1.	*Kadra medyczna (należy wpisać liczbę lekarzy rodzinnych lub innych lekarzy z uprawnieniami do tworzenia aktywnej listy pacjentów zatrudnionych lub współpracujących z POZ)*	1 lekarz – 1 pkt 2 lekarzy – 2 pkt 3-4 lekarzy – 3 pkt 4 i więcej lekarzy – 4 pkt

……., data ..... podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

Załącznik nr 3

Umowa współpracy w zakresie Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi

zawarta w dniu ……2020 roku pomiędzy:

Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie z siedzibą w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, REGON: 000291204, NIP: 778-13-42-057 wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000008784, posiadającym numer NIP: 778-13-42-057 oraz numer REGON: 000291204; reprezentowanym przez: Panią **Magdalenę Kraszewską** – Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych i Panią **Mirellę Śmigielską** – Główną Księgową, uprawnione do reprezentacji na podstawie pełnomocnictwa z dnia 28 czerwca 2018 r. którego kopia stanowi załącznik nr 8 do Umowy
zwanym w treści umowy **„*WCO*”,**

a

……
……
…….....
zwanym w treści umowy **„*POZ*”**

§ 1

Cel umowy

1. Umowa zostaje zawarta w związku z realizacją przez WCO projektu pt. **Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwie lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim** WND –POWR.05.01.00-00-0002/16 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: Projekt).

§ 2

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków na jakich WCO i POZ będą współpracować w zakresie realizacji Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi (dalej: Program) w ramach Projektu.

2. Program jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia http://zdrowie.gov.pl/nabor-97-programy_profilaktyczne_nowotwory_glowy.html - załącznik nr 18 do regulaminu konkursu oraz na stronie www.oppngis.pl

§ 3

Oświadczenia WCO

1. WCO oświadcza, że na podstawie umowy z dnia 19.06.2017 r. nr POWR.05.01.00-00-0002/16-00 realizuje Projekt w okresie od 1 września 2017 r. do 31 sierpnia 2020 r. na terenie województwa lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.
2. W ramach Projektu WCO zawiera umowy o współpracę z 60 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z terenu trzech województw (lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).
3. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu zaplanowano łącznie 3750 konsultacji udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wyłonieni z list aktywnych lekarzy pacjenci skierowani zostaną do poradni specjalistycznej w celu wykonania bezpłatnych badań laryngologicznych przy użyciu nasofiberoskopu.
4. Średnia liczba indywidualnych konsultacji przez cały okres realizacji Projektu na jeden POZ wynosi ok. 62 osoby.

§ 4

Oświadczenia POZ

1. POZ oświadcza, że jest jednostką podstawowej opieki zdrowotnej i działa na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.)
2. POZ oświadcza, że zapoznał się z Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi i zobowiązuje się do współpracy zgodnie z jego treścią z WCO w zakresie swojego udziału w Projekcie.
3. POZ oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracuje z WCO w ramach Projektu.
4. POZ oświadcza, że zatrudnia minimum jednego lekarza mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który ma w swojej aktywnej liście pacjentów osoby, kwalifikujące się do programu, o którym mowa w ust. 2.

§ 5

Zasady kwalifikacji pacjentów do Programu

1. Pacjenci kwalifikujący się do programu to osoby:

a) z grupy wiekowej 40-65 lat, znajdujące się w grupie ryzyka tj. będące wieloletnimi palaczami, nadużywające alkoholu, mające podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych, takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe

naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem,

b) do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z ww. objawów. Lekarz POZ weryfikuje, czy objawy są na tyle swoiste i nie związane z infekcją wirusową, że pacjent wymaga badania laryngologicznego w kierunku wykrycia NGiSz.

2. Czynnikiem wykluczającym kwalifikację pacjenta do Programu, o którym mowa w § 4 ust. 2, jest występowanie w/w objawów w trakcie trwania infekcji wirusowej lub bakteryjnej.
3. Osoba spełniająca kryteria włączenia do Programu może wziąć w nim udział raz na 24 miesiące.

§ 6

Zobowiązania WCO

1. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu utworzy stronę www, która będzie zawierać treści edukacyjne i informacyjne oraz zapewni materiały edukacyjne.
2. WCO zobowiązuje się przeprowadzić 2 spotkania edukacyjne (jedno na początku współpracy, drugie po mniej więcej upływie roku) dla łącznie 2 lekarzy z jednego POZ (dopuszczalne jest wytypowanie 1 lekarza i 1 pielęgniarki, w przypadku jednoosobowych działalności gospodarczych) z zakresu prowadzenia działań edukacyjnych dot. profilaktyki nowotworów głowy i szyi wśród uczestników programu, znajomości metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru, umiejętności leczenia oraz terapii chorych z nowotworami głowy i szyi, umiejętności prowadzenia procesu rehabilitacji osób po leczeniu nowotworów głowy i szyi oraz właściwej komunikacji z chorym.
3. WCO w trakcie spotkań edukacyjnych zapewnia przerwę kawową (w przypadku trwania warsztatów do 6h dziennie), przerwę kawową i lunch (w przypadku trwania warsztatów dłużej niż 6h dziennie) oraz materiały dydaktyczne. Jednocześnie WCO zastrzega, że w zakresie realizacji spotkań edukacyjnych uczestników, o którym mowa w ust. 2, WCO nie zapewnia zwrotu kosztów dojazdu oraz ewentualnych noclegów.

§ 7

Zobowiązania POZ

1. POZ zobowiązuje się wytypować osobę odpowiedzialną za rozliczenia i koordynację działań w ramach Projektu. Zakres obowiązków osoby wytypowanej stanowi załącznik nr 1 do umowy.
2. POZ zobowiązuje się wydelegować łącznie 2 lekarzy lub w przypadku jednoosobowych działalności- 1 lekarza i 1 pielęgniarkę zatrudnionych lub współpracujących POZ na dwa spotkania edukacyjne, o których mowa w § 6 ust. 2 w terminie wskazanym przez WCO.
3. Udział w szkoleniu wyznaczonych przez POZ osób jest obowiązkowy. Dopuszczalna jest możliwość zamiany osoby pierwotnie zgłoszonej, jednak tylko przed terminem pierwszego szkolenia.

4. POZ oświadcza, że po odbyciu przeszkolenia, lekarze zatrudnieni w POZ, wytypują (zgodnie z § 5) do dnia 30.06.2020 roku ok. 62 pacjentów kwalifikujących się i nie podlegających wykluczeniu z Programu, zgodnie z jego zapisami.
5. W przypadku kwalifikacji osoby do Programu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest wypełnić wszelką dokumentację niezbędną do realizacji Projektu: (formularz zgłoszeniowy - załącznik nr 2 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych - załącznik nr 3 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym- załącznik nr 4 do umowy, ankietę – załącznik nr 5 do umowy), wskazać adresy ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie laryngologiczne, przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi oraz przekazać dostępne materiały edukacyjne.
6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest do przekazywania pacjentom ze swojej listy aktywnej dostępnych materiałów edukacyjnych oraz rozpowszechniania informacji dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.
7. POZ zobowiązany jest do kierowania się w swoich działaniach promocyjnych i informacyjnych wytycznymi określonymi na stronie Ministerstwa Zdrowia, które określa Księga identyfikacji wizualnej oraz Podręcznik wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji. Dokumenty dostępne są na Portalu Funduszy Europejskich.

§ 8

Terminy

1. Umowa dotycząca współpracy w zakresie Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi wiąże strony od dnia jej zawarcia do 31 sierpnia 2020 r.
2. W ramach współpracy WCO z POZ przewiduje się, że POZ wytypuje ok. 62 osoby, u których występują objawy, o których mowa w § 5 ust. 1, kwalifikujących się do udziału w dalszej części Projektu, tj. do konsultacji specjalistycznych w poradniach laryngologicznych.

§ 9

Sposób realizacji świadczeń przez POZ

1. Realizacja programu profilaktyki wtórnej, tj. realizacja zobowiązań POZ prowadzona będzie w poradni lekarza POZ.

§ 10

Dokumentacja

1. WCO dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do programu i udokumentowania udzielonej konsultacji.
2. WCO dostarcza broszury edukacyjne, które lekarze POZ przekazują uczestnikom Projektu w trakcie indywidualnej konsultacji.

3. W celu zakwalifikowania danej osoby do Projektu niezbędne jest wypełnienie formularza rekrutacyjnego wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach Projektu. Lekarz i pacjent potwierdzają odbycie indywidualnej konsultacji stosownym oświadczeniem. Dodatkowo każda konsultacja wymaga wypełnienia ankiety, której wzór stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy.
4. POZ przekazuje dokumentację dotyczącą udzielenia indywidualnych konsultacji WCO przesyłką poleconą lub osobiście w oryginałach w terminie do czwartego dnia roboczego każdego miesiąca kalendarzowego.

§ 11

Powierzenie danych osobowych

1. W związku z zawarciem i realizacją Umowy z dnia 19.06.2017 r. nr POWR.05.01.00-00-0002/16-00 zawartej pomiędzy WCO a Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia (tj. Instytucją Pośredniczącą) oraz w związku z Rozporządzeniem 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) (Dz.Urz.UE z 4 maja 2016 r. seria L 119) – zwanego dalej RODO, WCO powierza POZ w trybie art. 28 RODO z uwzględnieniem właściwych przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przetwarzanie danych osobowych, w imieniu i na rzecz Powierzającego na zasadach i w celu określonym w niniejszej Umowie.
2. Rozpoczęcie przetwarzania danych osobowych nastąpi z dniem zawarcia umowy i będzie realizowane przez okres obowiązywania umowy.
3. POZ zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych danych osobowych zgodnie z niniejszą Umową, RODO oraz innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
4. POZ nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
5. POZ oświadcza, że stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi RODO.
6. Przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:

a) rozporządzenia nr 1303/2013;

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), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1304/2013”;

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”

a) rozporządzenia nr 1303/2013;

b) rozporządzenia nr 1304/2013;

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

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, audytowanymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

§12

Zakres i cel przetwarzania danych

1. WCO działający w imieniu Powierzającego (Instytucji Pośredniczącej) poleca POZ przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celu zawartej i realizowanej umowy.
2. POZ będzie przetwarzał powierzone na podstawie umowy dane w celu realizacji projektu „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu .
3. POZ będzie przetwarzał powierzone na podstawie niniejszej umowy:

☐ dane osobowe uczestników projektu w zakresie takich danych jak:

– nazwisko i imię (imiona),
– numer PESEL,
– nr projektu,
– data rozpoczęcia udziału w projekcie,
– data zakończenia udziału w projekcie,
– wykształcenie,
– kraj pochodzenia,
– rodzaj uczestnika,
– płeć,
– dane kontaktowe: województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy,

- telefon kontaktowy,
- adres e-mail,
- status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, w tym: wykonywany zawód, miejsce zatrudnienia,
- sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie,
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- opis stanu zdrowia uczestnika projektu lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- inne informacje lub dane uczestnika projektu, w zakresie niezbędnym do należytego wykonania przedmiotu Umowy, o którym mowa w pkt. 1 umowy niniejszego paragrafu,

☐ dane osobowe pracowników/personelu w zakresie takich danych jak:

- nazwisko i imię,
- numer telefonu,
- adres poczty elektronicznej,
- numer faksu,
- adres (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, gmina, województwo, kraj),
- inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do należytego wykonania przedmiotu Umowy, o którym mowa w pkt. 1 umowy niniejszego paragrafu.

4. Zakres danych osobowych wymienionych w pkt. 3 jest maksymalnym katalogiem danych, które mogą być przetwarzane w związku z realizacją umowy. W rzeczywistości dane mogą być przekazywane w mniejszym zakresie bez uszczerbku dla postanowień umowy. Zakres danych może ulec zmianie w przypadku zmiany aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§13

Obowiązki POZ

1. POZ zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych mu danych osobowych.
2. POZ zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, zabezpieczyć je poprzez wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa danych odpowiadający ryzyku związanemu z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 RODO.
3. Przed dopuszczeniem do przetwarzania powierzonych danych osobowych POZ jest uprawniony i jednocześnie zobowiązany do:

a. udzielenia pisemnych upoważnień i poleceń do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które zostaną przez niego dopuszczone do ich przetwarzania z uwzględnieniem rozwiązań zawartych

w niniejszej umowie oraz zobowiązania na piśmie do zachowania w tajemnicy, o której mowa w art. 28 ust 3 lit b RODO, przetwarzanych powierzonych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia, przez osoby, które upoważni do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w POZ, jak i po jego ustaniu. Zobowiązanie do zachowania w tajemnicy powierzonych danych dotyczących uczestnika projektu obowiązuje osobę upoważnioną również po śmierci uczestnika projektu. Upoważnienia z zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych przechowuje POZ w swojej siedzibie. Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz odwołania upoważnienia zostały określone odpowiednio w załączniku nr 6 i 7. WCO dopuszcza stosowanie przez POZ innych wzorów niż określone w załączniku nr 6 i 7 do umowy, o ile zawierają one wszystkie elementy wskazane we wzorach określonych w tych załącznikach,

b. przeszkolenia osób uczestniczących w operacjach przetwarzania powierzonych danych w zakresie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk POZ w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym z uprawnieniem do przetwarzania danych osobowych wyłącznie zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.

4. Fakt wydania upoważnienia przetwarzania danych osobowych POZ odnotowuje w prowadzonej przez siebie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych.
5. Imienne upoważnienia, o których mowa w ust. 4, są ważne do dnia odwołania, nie dłużej jednak niż do dnia obowiązywania niniejszej umowy. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania stosunku prawnego łączącego POZ z osobą wskazaną w ust. 4. Odwołanie upoważnienia winno nastąpić na piśmie. POZ winien posiadać przynajmniej jedną osobę legitymującą się imiennym upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych odpowiedzialną za nadzór nad zarchiwizowaną dokumentacją do dnia ukończenia realizacji niniejszej umowy.
6. W przypadku zmiany osób dedykowanych ze strony POZ do realizacji umowy, POZ zobowiązany jest do uprzedniego przedsięwzięcia w stosunku do tych osób czynności, o których mowa w niniejszej umowie przed dopuszczeniem ich do przetwarzania powierzonych danych osobowych.
7. POZ zobowiązuje się do pomocy WCO w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw określonych w rozdziale III RODO.
8. POZ uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje pomaga WCO wywiązywać się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO.
9. POZ, w myśl art. 33 ust. 2 RODO, zobowiązany jest bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 24 godzin od stwierdzenia naruszenia, zawiadomić WCO o naruszeniu ochrony danych osobowych, które nastąpiło w POZ – niezależnie od tego czy naruszenie to skutkowało ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Zgłoszenie winno zawierać przynajmniej elementy, o których mowa w art. 33 ust. 3 RODO.
10. POZ zobowiązuje się prowadzić rejestr kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu WCO dla powierzonych danych, który udostępnia WCO na każde jego żądanie.
11. POZ nie jest uprawniony do udostępniania danych osobowych osobom trzecim, a każde żądanie udostępnienia danych osobowych skierowane bezpośrednio do POZ winno być niezwłocznie

przekazane WCO, chyba że POZ jest obowiązany do udostępnienia danych osobowych na żądanie uprawnionego organu działającego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

12. POZ zobowiązuje się do zwrócenia/usunięcia wszelkich danych osobowych (w tym kopii danych) powierzonych przez WCO w ciągu 7 dni roboczych od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazuje przechowywanie tych danych osobowych.
13. POZ zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania WCO o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez POZ danych osobowych określonych w niniejszej umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do POZ w zakresie dotyczącym wyłącznie danych osobowych powierzonych przez WCO.
14. POZ, bez zbędnej zwłoki, zobowiązuje się do poinformowania WCO o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w POZ danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez organ nadzorczy, w zakresie, w jakim kontrola ta będzie dotyczyć danych osobowych powierzonych przez WCO.

    WCO zobowiązuje POZ do odebrania od osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych, których wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy. POZ przechowuje oświadczenie w swojej siedzibie lub w innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem, zmiana wzoru oświadczenia nie wymaga aneksowania umowy.

§14

Inspektor Ochrony Danych

POZ oświadcza, iż ma / nie ma* powołanego Inspektora Ochrony Danych:

……

<wpisać imię, nazwisko, adres poczty elektronicznej lub numer telefonu kontaktowego>.

§15

Prawo do kontroli

1. WCO przysługuje prawo do kontroli prawidłowości przetwarzania przez POZ powierzonych mu danych osobowych a w szczególności realizacji obowiązku zabezpieczenia tych danych. WCO realizuje przysługujące mu prawo kontroli poprzez:

a) żądanie złożenia pisemnych (również w ramach korespondencji e-mail) i ustnych wyjaśnień przez POZ,
b) realizację kontroli poprzez inspekcję lokalizacji, w których przetwarzane są powierzone dane osobowe. Inspekcja może nastąpić za uprzednim co najmniej 7-dniowym pisemnym powiadomieniem (dopuszczalna jest korespondencja e-mail) POZ o planowanym przeprowadzeniu inspekcji.

2. Kontrolerzy WCO lub podmiotów przez nich upoważnionych, mają w szczególności prawo:

c) żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego;

d) wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli oraz sporządzania ich kopii;

e) przeprowadzania oględzin urządzeń, nośników oraz systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.

POZ ma obowiązek zastosować się do wskazań WCO mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień lub poprawę stanu bezpieczeństwa danych osobowych. WCO dopuszcza wniesienie przez POZ wniosków dotyczących poprawy bezpieczeństwa. Przekazanie przez WCO uwag zobowiązuje POZ, w terminie 7 dni roboczych od otrzymania zawiadomienia od WCO, do wskazania WCO sposobu oraz terminu usunięcia uchybień lub poprawy stanu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, przy czym termin ten nie może być jednak dłuższym niż 14 dni roboczych.

§16

Współdziałanie przy kontroli organu nadzorczego

1. POZ zobowiązuje się współdziałać z WCO w przypadku wszczęcia przez organ nadzorczy postępowania kontrolnego w WCO, o ile w zakresie kontroli będą również powierzone dane.
2. Na żądanie WCO, POZ stawi się w wyznaczonym na przeprowadzenie kontroli miejscu i czasie.

§17

Dalsze powierzenie przetwarzania danych osobowych i przekazanie danych do państwa trzeciego

1. POZ może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy i wyłącznie po uzyskaniu przez POZ każdorazowej zgody WCO udzielonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. POZ przekazuje WCO dane podmiotów, którym dane mają zostać powierzone.
2. POZ zobowiązany jest przedstawić projekt umowy podpowierzenia przetwarzania danych osobowych WCO przed uzyskaniem jego zgody oraz zapewnić, że treść umowy podpowierzenia przetwarzania danych będzie zabezpieczać interes WCO co najmniej na takim poziomie, jak niniejsza umowa. W szczególności umowa podpowierzenia przetwarzania danych winna zapewniać, że Podwykonawca spełnia te same gwarancje i obowiązki, jakie zostały nałożone na POZ w niniejszej Umowie i uprawniać WCO do bezpośredniego przeprowadzenia pełnej kontroli przetwarzania danych osobowych przez podwykonawcę, któremu POZ powierzył dalsze przetwarzanie danych osobowych. Jeżeli podwykonawca nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków, POZ ponosi odpowiedzialność wobec WCO za takie zachowanie podwykonawcy jak za własne działania lub zaniechania zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.
3. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na pisemne polecenie WCO chyba, że obowiązek taki nakłada na POZ prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego,

któremu podlega POZ. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania POZ informuje WCO o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.

§18

Odpowiedzialność

1. POZ jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią niniejszej umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.
2. POZ odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem gdy nie dopełnił obowiązków, które RODO nakłada bezpośrednio na POZ, lub gdy podmiot działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami WCO lub wbrew tym instrukcjom.
3. WCO i POZ odpowiadają w stosunku do osób zainteresowanych oraz w stosunku do siebie nawzajem w sposób opisany w art. 82 RODO.
4. W przypadku podniesienia jakichkolwiek roszczeń art. 82 RODO wobec WCO przez osobę zainteresowaną, POZ zobowiązuje się do wspierania WCO przy obronie przed tymi roszczeniami, na ile będzie to możliwe.

W przypadku, w którym WCO zostanie zobowiązane prawomocną decyzją lub prawomocnym wyrokiem właściwego sądu do zapłaty kary pieniężnej, odszkodowania, zadośćuczynienia lub jakiejkolwiek innej kwoty z tytułu naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych lub w związku ze szkodą lub krzywdą wyrządzoną w związku z naruszeniem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, jeśli takie naruszenie lub szkoda (krzywda) wynikać będą z naruszenia przez POZ lub jego Podwykonawcę postanowień Umowy, POZ odpowiada względem WCO w pełnej wysokości, niezależnie od jakichkolwiek ograniczeń odpowiedzialności przewidzianych w umowie i zobowiązany jest zwrócić WCO wszelkie koszty poniesione przez WCO, w tym w szczególności zwrócić kwotę wypłaconego odszkodowania, zadośćuczynienia lub kary pieniężnej.

§19

Zasady zachowania poufności

1. POZ zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od WCO i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy, w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej, zwanych dalej danymi poufnymi.
2. POZ oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody WCO w innym celu niż wykonanie postanowień niniejszej umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub niniejszej umowy.

3. Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystywane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych poufnych gwarantowały zabezpieczenie danych poufnych w tym w szczególności danych osobowych powierzonych do przetwarzania, przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

§ 20

Rozliczenia

1. WCO za każdą indywidualną konsultację udzieloną pacjentowi, w wyniku której zostanie skierowana osoba do Programu zgodnie z § 5, zapłaci POZ kwotę w wysokości 48 zł brutto.
2. Wynagrodzenie POZ stanowi iloczyn udzielonych kwartalnie indywidualnych konsultacji (nie więcej niż wskazany limit przez WCO) i wynagrodzenia za każdą indywidualną konsultację.
3. Wynagrodzenie należne POZ płatne będzie kwartalnie. Podstawę do wystawienia faktury przez POZ stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych dla WCO oryginałów dokumentów (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, oświadczenie lekarza uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankieta).
4. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury, w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez WCO 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 WCO środków na realizację Projektu na co POZ wyraża zgodę.

§ 21

Rozwiązanie umowy

1. WCO może odstąpić od umowy lub jej części:

a) w przypadku zaprzestania przez POZ realizacji Projektu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji Projektu wskazanym w § 1
b) w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy przez POZ, w szczególności dotyczących obowiązków nałożonych na POZ, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia,
c) w przypadku, gdy POZ pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie,
d) w przypadku, gdy POZ przetwarza powierzone dane osobowe niezgodnie z niniejszą umową,
e) w przypadku, gdy POZ powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody WCO.

§ 22

Postanowienia końcowe

1. Bez zgody WCO, POZ nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia w stosunku do zobowiązań Zamawiającego.
2. POZ nie może wykonywać swoich zobowiązań za pomocą osób trzecich, niezatrudnionych w POZ.
3. Wszelkie zmiany postanowień umowy mogą nastąpić za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Umowa może zostać zmieniona:

a) w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,

b) w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,

c) w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji projektu.

5. Organizator konkursu zastrzega możliwość zmiany umowy w zakresie liczby pacjentów wytypowanych do udziału w Projekcie przez daną placówkę, dopuszczając zwiększenie liczby pacjentów o 50 %, w przypadku, gdy inne placówki podstawowej opieki zdrowotnej nie wytypują odpowiedniej liczby pacjentów do prawidłowej realizacji Projektu. Projekt zakłada udzielenie łącznie przez wszystkie placówki 3750 konsultacji indywidualnych.
6. Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.
7. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby WCO.
8. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla WCO i POZ.

_____ _____

WCO POZ

Załącznik nr 1

Zakres obowiązków osoby wytypowanej przez placówki POZ do współpracy z WCO w ramach projektu pn. **„Realizacja Programu profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim."**

1. Kompletowanie dokumentacji projektowej, w tym: ankieta, formularz zgłoszeniowy, oświadczenie uczestnika projektu dot. Przetwarzania danych osobowych, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.
2. Współpraca z Koordynatorami Projektu.
3. Kontrola liczby przeprowadzonych konsultacji.
4. Kontrola terminów i przekazanie dokumentacji dotyczących udzielenia indywidualnych konsultacji do biura Projektu w oryginałach.
5. Odpowiedzialność za oznaczenie Projektu: plakat w formacie min. A3, informacja na stronie placówki POZ (jeżeli taką posiada) o realizacji Programu Profilaktyki zgodnie z wytycznymi-załącznik do umowy, dystrybucja materiałów edukacyjnych.
6. Udostępnienie dokumentacji projektowej oraz pomieszczenia, w którym przetwarzane są dane osobowe, osobom upoważnionym do kontroli przez Instytucję Zarządzającą bądź Pośredniczącą.
7. Bezzwłoczne informacje o napotkanych problemach w trakcie realizacji.

Załącznik nr 2

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim"

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI **Dane osobowe kandydata/-ki do projektu**			
Imię			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL			
Wykształcenie	□ Brak	□ Gimnazjalne (ISCED 2)*	□ Pomaturalne (ISCED 4)* *(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)*
□ Podstawowe (ISCED 1)*		□ Wyższe (ISCED 5-8)*	□ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* *(ukończone na poziomie szkoły średniej - liceum, technikum, szkoła zawodowa)*
Dane teleadresowe kandydata/-ki do projektu *(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)*			
Ulica			
Numer domu/lokalu			
Miejscowość			
Powiat			
Kod pocztowy	Poczta		
Województwo			
Numer telefonu kontaktowego			
E-mail			

*Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji Kształcenia

Status na rynku pracy	□ osoba bierna zawodowo	□ osoba pracująca	□ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	□ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

Dane dotyczące statusu na rynku pracy		
1. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	□ tak	□ nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	□ tak	□ nie
2. a) Czy jest Pan/Pani osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy?	□ tak	□ nie
4. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą?	□ tak	□ nie
Jeśli jest Pan/i osobą pracującą to proszę podać miejsce pracy: ……		
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 4 **proszę podać swój status na rynku pracy**: □ Jestem osobą pracującą w administracji rządowej □ Jestem osobą pracującą w administracji samorządowej □ Jestem osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie □ Jestem osobą pracującą w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie □ Jestem osobą pracującą w organizacji pozarządowej □ Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek □ inna odpowiedź……		
6. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 4 **proszę podać wykonywany zawód** : □ instruktor praktycznej nauki zawodu □ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny (jaki ?) …….		
7. Czy jest Pan/Pani osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)*	☐ tak	☐ nie
8. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	☐ tak	☐ nie
9. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)*	☐ tak	☐ nie
10. Czy jest Pan/Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)? *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)*	☐ tak	☐ nie

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

_____ *Miejscowość i data*	_____ *Czytelny podpis Kandydata*

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Załącznik nr 3

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. „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim" oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

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:

1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój":

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.);

2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych":

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,

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,

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 wyłącznie w celu realizacji projektu „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim", w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – (wykaz podmiotów znajduje się na stronie internetowej www.oppngis.pl).

   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 kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie 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", którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. 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[1]:

1) 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,
2) 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,
3) 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.),
4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (wykaz podmiotów znajduje się na stronie internetowej www.oppngis.pl). 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 kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl.

[1] 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.

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…….. ……

Miejscowość i data ***Czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU***

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Załącznik nr 4

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Wielkopolskie Centrum Onkologii

Tytuł projektu: „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim"

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0002/16-00

Tytuł programu profilaktycznego: „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim" realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, zgodnie z „Ogólnopolskim programem profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi"

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	

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

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Załącznik nr 5

Data badania:

……

Pieczątka Ośrodka

Ankieta dotycząca czynników ryzyka

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

1. Imię :……..
2. Nazwisko:……..
3. PESEL: ……
4. Wykształcenie: ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe
5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

   ☐ Umysłowa ☐ Fizyczna ☐ Nie pracuje zawodowo
6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi.

   ☐ media (TV, radia, prasa) ☐ lekarz POZ średnie ☐ inne
7. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?

   ☐ chrypka ☐ trudności w połykani ☐ pieczenie/ból jamy ustnej ☐ inne
8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny?

   ☐ Jeden raz na 6 miesięcy ☐ Raz w roku ☐ Rzadziej niż raz w roku
9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby?

   ☐ Raz ☐ Dwa ☐ Trzy lub więcej ☐ Wcale nie myje
10. Jakej pasty do zębów Pani używa? ……
11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej?

    ☐ Nitkę dentystyczną

    ☐ Irygacje wodne (przy pomocy Waterpick)

    ☐ Szczoteczkę międzyzębową

    ☐ Płukanki jamy ustnej
12. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które?

    ☐ Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania

    ☐ Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)

    ☐ Nieprzyjemny zapach z ust

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim"
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

☐ Powiększająca się ruchomość zębów

☐ Przemieszczanie się zębów

☐ Znaczny obrzęk dziąseł

☐ Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?

☐ Tak od ilu lat? ..... ☐ Nie

14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)?

☐ Tak ☐ Nie

15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

☐ 1-5 papierosów

☐ 6-10 papierosów

☐ 11-15 papierosów

☐ powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

☐ Tak ☐ Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

…….

(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

☐ Tak ☐ Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

☐ Tak Jakiej mocy/ rodzaj?……..☐ Nie

20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

……

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

☐ Tak ☐ Nie

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

22. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

☐ codziennie

☐ 3-4 razy w tygodniu

☐ 1-2 razy w tygodniu

☐ okazjonalnie

23. Ilość życiowych partnerów seksualnych:

☐ 1-3 ☐ 3-7 ☐ powyżej 7

24. Czy uprawia pani/pan seks oralny: ☐ tak ☐ nie

25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?

☐ poniże 3 ☐ 3-7 ☐ powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?

☐ tak ☐ nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?

☐ tak ☐ nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

☐ tak ☐ nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?

☐ tak ☐ nie

30. Wiek w chwili rozpoznania choroby:……..

Projekt „Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim”
jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Załącznik nr 6

UPOWAŻNIENIE Nr_____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem [_____] r., na podstawie art. 29 w związku z 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) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1) (RODO), upoważniam [_____] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego łączącego Pana/Panią* z [_____].

_____
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem/am

_____
(miejscowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w _____ opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z [_____].

_____
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 7

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr _____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem _____ r., na podstawie art. 29 w związku z 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) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1), odwołuję upoważnienie Pana /Pani* _____ nr _____ do przetwarzania danych osobowych wydane w dniu _____

_____ _____
Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

_____
(miejscowość, data)

*niepotrzebne skreślić