

**Umowa współpracy w zakresie realizacji Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020**

Umowa Nr ...../...../2020, zawarta w Poznaniu, w dniu .....2020 r. pomiędzy:

Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie z siedzibą w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, 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 **mgr inż. Magdalenę Kraszewską** – Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych,

- Panią **dr Mirellę Śmigielską** – Główną Księgową,

uprawnione do reprezentacji na podstawie pełnomocnictwa z dnia 8 sierpnia 2012 r. którego kopia stanowi załącznik nr 1 do Umowy

zwanym w treści umowy „**WCO**”,

a

.....,

ul. ...., REGON: ....., NIP: .....

wpisaną do rejestru przedsiębiorców, Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....

reprezentowaną przez:

- .....

zwanym w treści umowy „**POZ**”

## **§ 1**

### **Cel umowy**

1. Umowa zostaje zawarta celem realizacji Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim (realizowanym w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Konkurs POWR.05.01.00-IP.05-00-005/18 ogłoszony w ramach osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne - dalej: **Program**).

## **§ 2**

### **Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków na jakich WCO i POZ będą współpracować w zakresie realizacji Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim.
2. Program jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia [http://zdrowie.gov.pl/nabor-421-konkurs\\_profilaktyka\\_nowotworow\\_skory.html](http://zdrowie.gov.pl/nabor-421-konkurs-profilaktyka-nowotworow-skory.html)

## **§ 3**

### **Oświadczenia WCO**

1. WCO oświadcza, że na podstawie umowy z dnia 25.01.2019 r. nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizuje Projekt w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r. na terenie województwa lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.
2. W ramach Projektu WCO zawiera umowy o współpracę z 40 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z terenu trzech województw (lubuskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie).
3. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu zaplanowano łącznie 4562 świadczenia lekarza POZ oraz 4562 konsultacje edukacyjno/świadomościowe. W przypadku wykrycia niepokojących zmian lekarz POZ będzie kierował Pacjenta do lekarza specjalisty na badanie video/dermatoskopowe.
4. Średnia liczba świadczeń lekarza POZ przez cały okres realizacji Programu na jeden POZ wynosi ok. 114, a średnia liczba konsultacji edukacyjno/świadomościowych wynosi 114.

## **§ 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 2018, poz. 2219).
2. POZ oświadcza, że zapoznał się z Programem polityki zdrowotnej ABCDE samokontroli znamion – Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry i zobowiązuje się do współpracy zgodnie z jego treścią z WCO w zakresie swojego udziału w Programie.
3. POZ oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należyłą realizację Programu we współpracy z WCO.

## **§ 5**

### **Zasady kwalifikacji pacjentów do Programu**

1. Pacjenci kwalifikujący się do:
  - a) edukacji (konsultacji edukacyjno/świadomościowej) i świadczenia lekarza POZ - osoby aktywne zawodowo tj. w wieku 15-64 lata, lub starsze pod warunkiem, że są nadal aktywne zawodowo.
  - b) badania video/dermatoskopowego wraz z konsultacją lekarza specjalisty - osoby w wieku 50 - 64 lata, dodatkowo w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem niepokojących znamion bądź czynników zachorowania osoby w wieku 15-49 lat oraz po 65 r. ż. gdy są nadal aktywne zawodowo.
2. Czynnikiem wykluczającym kwalifikację pacjenta do Programu, o którym mowa w § 4 ust. 2, jest już zdiagnozowany nowotwór skóry.
3. Osoba spełniająca kryteria włączenia do Programu będzie mogła tylko raz skorzystać ze wsparcia w postaci badania przesiewowego.

## **§ 6**

### **Zobowiązania WCO**

1. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Programu utworzy stronę internetową (która będzie zawierać treści edukacyjne i informacyjne), system informatyczny (w którym realizowane będą świadczenia i dokonywane rozliczenia) oraz materiały edukacyjne.
2. WCO zobowiązuje się przeprowadzić 2 szkolenia (jedno na początku współpracy, drugie – przypominające po mniej więcej 6 miesiącach) dla łącznie 2 lekarzy z jednego POZ (lub 1 lekarza i 1 pielęgniarki i/lub edukatora zdrowotnego) w zakresie diagnostyki skóry możliwej do prowadzenia na poziomie POZ oraz czynników ryzyka nowotworów; zawierające przedstawienie przykładów klinicznych znamion czerniaka i innych nowotworów skóry. Przekazywana wiedza będzie dotyczyła typów skóry oraz kwestii ilości znamion barwnikowych na skórze danego pacjenta etc. które stwarzają większe ryzyko nowotworów skóry. Przedstawione zostaną informacje odnośnie reguły ABCDE – Freidmana i Rigela, innych algorytmów stosowanych w diagnostyce czerniaka („Analiza wzorca”, „Siedmiopunktowa lista kontrolna”, „CASH”, „Menzies”). Poruszane będą także tematy zasady opieki nad chorymi na nowotwory skóry po zakończeniu leczenia oraz kierowania chorych do ośrodków specjalistycznych.
3. Organizator w trakcie szkoleń zapewnia przerwę kawową (w przypadku trwania szkoleń do 6h dziennie), przerwę kawową i lunch (w przypadku trwania dłużej niż 6h dziennie) oraz materiały dydaktyczne. Organizator zapewnia zwrot kosztów dojazdu (najtańszym środkiem

komunikacji) oraz ewentualnych noclegów (liczba ograniczona – zwrot tylko po wcześniejszym zaakceptowaniu przez WCO wniosków).

## **§ 7**

### **Zobowiązania POZ**

1. POZ zobowiązuje się wytypować i zgłosić do WCO (z imienia i nazwiska) osobę odpowiedzialną za rozliczenia i koordynację działań w ramach Programu.
2. POZ zobowiązuje się pracować w Systemie Informatycznym (SI) od chwili udostępnienia przez WCO.
3. POZ zobowiązuje się wydelegować po 2 lekarzy (lub 1 lekarza i 1 pielęgniarkę i/lub edukatora zdrowotnego) na dwa szkolenia, o których mowa w § 6 ust. 2 w terminie wskazanym przez WCO.
4. Udział w szkoleniu wyznaczonych przez POZ osób jest obowiązkowy. Dopuszczalna jest możliwość zamiany osoby pierwotnie zgłoszonej, jednak nie później niż 3 dni przed terminem szkolenia.
5. POZ oświadcza, że po odbyciu przeszkolenia, lekarze zatrudnieni w POZ, wytypują (zgodnie z §5) do dnia 31.10.2021 roku ..... pacjentów kwalifikujących się i nie podlegających wykluczeniu z Programu, zgodnie z jego zapisami, którym udzielona zostanie konsultacja edukacyjno/świadomościowa oraz świadczenie lekarza POZ.
6. W przypadku kwalifikacji osoby do Programu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest wypełnić wszelką dokumentację niezbędną do realizacji Programu (formularz zgłoszeniowy do programu - załącznik nr 2 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu - załącznik nr 3 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - załącznik nr 4 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu o wzroście wiedzy – załącznik nr 5 do umowy, karta pacjenta - załącznik nr 6, ewentualne wyniki - załącznik nr 7.1 i 7.2 oraz skierowanie – załącznik nr 8), przeprowadzić rozmowę edukacyjno-świadomościową, konsultację oraz przekazać dostępne materiały edukacyjne.
7. POZ zobowiązany jest do kierowania się w swoich działaniach promocyjnych i informacyjnych wytycznymi określonymi przez Ministerstwo Zdrowia, zgodnie z ogłoszonym konkursem POWR.05.01.00-IP.05-00-005/18 (<http://zdrowie.gov.pl/nabor-421-konkurs-profilaktyka-nowotworow-skory.html>)

## **§ 8**

### **Terminy**

1. Umowa dotycząca współpracy w zakresie Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim wiąże strony od dnia jej zawarcia do 31 grudnia 2021 r.
2. W ramach współpracy WCO z POZ przewiduje się, że POZ wytypuje ok. 98 osób, u których występują objawy, o których mowa w § 5 ust. 1, kwalifikujących się do udziału w dalszej części Programu, tj. do badania video/dermatoskopowego.

## **§ 9**

### **Sposób realizacji świadczeń przez POZ**

1. Realizacja konsultacji edukacyjno/świadczeniowych oraz świadczeń lekarza POZ, tj. realizacja zobowiązań POZ prowadzona będzie w poradni lekarza POZ zgodnie z harmonogramem, który stanowi załącznik nr 9 do umowy.

## **§ 10**

### **Dokumentacja**

1. WCO dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do programu i udokumentowania udzielonych świadczeń (SI).
2. WCO dostarcza materiały edukacyjne, które lekarze POZ i/lub pielęgniarki/edukatorzy przekazują uczestnikom Programu w trakcie indywidualnej konsultacji edukacyjno/świadczeniowej.
3. W celu zakwalifikowania danej osoby do Programu niezbędne jest wypełnienie formularza rekrutacyjnego wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach Projektu. Lekarz (pielęgniarka i/lub edukator) oraz pacjent potwierdzają udzielenie świadczenia lekarza POZ (i/lub odbycie indywidualnej konsultacji edukacyjno-świadczeniowej) stosownym oświadczeniem. Dodatkowo konsultacja edukacyjno/świadczeniowa wymaga wypełnienia przez pacjenta oświadczenia o wzmocnienie wiedzy.
4. POZ przekazuje dokumentację dotyczącą udzielenia świadczeń WCO przesyłką poleconą lub osobiście w oryginałach w terminie do czwartego dnia roboczego każdego miesiąca kalendarzowego.

## **§ 11**

### **Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. W związku z zawarciem i realizacją Umowy z dnia 21.01.2019 r. nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 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 innym 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) zleca POZ przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celu zawartej i realizowanej umowy.
2. POZ będzie przetwarzał powierzone na podstawie umowy dane w celu realizacji projektu „Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim”, 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. przesłania do WCO (dla osób które po stronie POZ przetwarzać będą powierzone dane osobowe) wniosków o nadanie/zmianę/wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej do przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 10).
  - b. 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

- c. 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.
15. WCO zobowiązuje POZ do odebrania od osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych, których wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy. POZ przekazuje oryginał oświadczenia do WCO, a kopię przechowuje w swojej siedzibie lub w innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Programem. 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.
2. 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 dłuższy 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 stawia 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 działań 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.
5. W przypadku, w którym WCO zostanie zobowiązane prawomocną decyzją lub prawomocnym wyrokiem właściwego sądu do zapłaty kary pieniężnej, odszkodowania, zadośćuczynienia lub jakiegokolwiek 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, materiałów, dokumentów i danych (w tym 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**

### **Rozwiązanie umowy**

1. WCO może rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym, gdy POZ:
  - a) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie,
  - b) przetwarza powierzone dane osobowe niezgodnie z niniejszą umową,
  - c) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody WCO.

## **§ 21**

### **Rozliczenia**

1. WCO za każdą indywidualną konsultację edukacyjno-świadomościową udzieloną pacjentowi zapłaci POZ kwotę w wysokości 76 zł brutto.
2. WCO za każde świadczenie lekarza POZ (konsultacje) udzieloną pacjentowi zapłaci POZ 48 PLN.
3. Wynagrodzenie POZ stanowi iloczyn udzielonych miesięcznie indywidualnych konsultacji i świadczeń (nie więcej niż wskazany limit przez WCO) i wynagrodzenia za każdą indywidualną konsultację i/lub świadczenie.

4. Wynagrodzenie należne POZ płatne będzie miesięcznie. Podstawę do wystawienia faktury przez POZ stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych do WCO oryginałów dokumentów: formularz zgłoszeniowy do projektu - załącznik nr 2 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu - załącznik nr 3 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - załącznik nr 4 do umowy, oświadczenie uczestnika projektu o wzroście wiedzy – załącznik nr 5 do umowy.
5. Wynagrodzenie płatne jest po zatwierdzeniu przez WCO faktury, w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez WCO dokumentów wskazanych w ust. 4. 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.

## **§ 22**

### **Rozwiązanie umowy**

1. WCO może odstąpić od umowy lub jej części:
  - a) w przypadku zaprzestania przez POZ realizacji Programu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji Programu 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.

## **§ 23**

### **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. WCO zastrzega (po weryfikacji stopnia realizacji umowy dokonanej na dzień 31 grudnia 2019 r. i 30 września 2020 r.) możliwość zmiany umowy w zakresie liczby konsultacji edukacyjno-świadomościowych i/lub świadczeń lekarza POZ dopuszczając zwiększenie/zmniejszenie liczby świadczeń w przypadku, gdy dotychczasowa realizacja umowy wskazywać będzie ryzyko nie wykonania przez wszystkie placówki zakładanej ogólnej liczby świadczeń.
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.
9. Integralną część umowy stanowią następujące załączniki:
  - 1) załącznik nr 1: Pełnomocnictwo,
  - 2) załącznik nr 2: Formularz zgłoszeniowy do programu,
  - 3) załącznik nr 3: Oświadczenie uczestnika projektu,
  - 4) załącznik nr 4: Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym,
  - 5) załącznik nr 5: Oświadczenie uczestnika projektu o wzroście wiedzy
  - 6) załącznik nr 6: Karta pacjenta,
  - 7) załącznik nr 7.1: Wynik prawidłowy,
  - 8) załącznik nr 7.2: Wynik nieprawidłowy,
  - 9) załącznik nr 8: Skierowanie
  - 10) załącznik nr 9: Harmonogram – zasoby,
  - 11) załącznik nr 10: Wniosek o nadanie/zmianę/wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej do przetwarzania danych osobowych

---

WCO

---

POZ



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**I. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU** pn.: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

**Udział w programie zdrowotnym - usługa medyczna/zdrowotna**

Imię:

Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Wiek w chwili przystąpienia do projektu:

PESEL:

Płeć:

Wykształcenie:

Dane kontaktowe kandydata/ki do projektu (miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu):

Kraj:

Rodzaj usługobiorcy:

Adres:

Numer budynku:

Numer lokalu:

Miejscowość:

Powiat:

Kod pocztowy:

Gmina:

Województwo:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba pracująca:

Status na rynku pracy:

Wykonywany zawód:

Zatrudniona/y w:

Czy jest Pan/i osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnościami?

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



WIELKOPOLSKI ZWIĄZEK  
PRACODAWCÓW  
OCHRONY ZDROWIA



wielkopolskie centrum onkologii



STOWARZYSZENIE  
CHORYCH NA CZERNIAKA



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Potrzeby w związku z niepełnosprawnościami:

Czy jest Pan/i osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

**II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKcie** pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

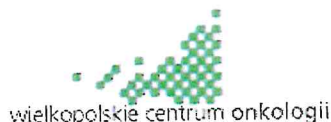
1. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. Spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. Zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez **Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia i Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

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

.....  
Data i miejscowość

.....  
Czytelny podpis Kandydata

Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.



**STOWARZYSZENIE**  
**CHORYCH NA CZERNIAKA**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



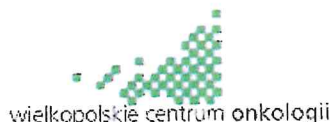
## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(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 skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy ds. 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.),

Projekt „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.



**STOWARZYSZENIE**  
CHORYCH NA CZERNIAKA



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



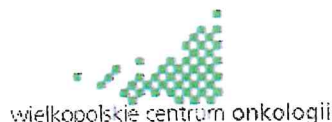
- d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe 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 „Program profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim”, 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 – Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, 61-866 Poznań, ul. Garbary 15, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – nazwa i adres w/w podmiotów na stronie [www.wco.pl/ppns](http://www.wco.pl/ppns). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, 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 prześlę 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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
  10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
  11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty: [mirosława.mocydlarz-adamcewicz@wco.pl](mailto:mirosława.mocydlarz-adamcewicz@wco.pl) (gdy ma to zastosowanie – należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
  12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
Data i miejscowość

.....  
Czytelny podpis Uczestnika projektu\*

\* w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.



STOWARZYSZENIE  
CHORYCH NA CZERNIAKA



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELONYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM

Beneficjent: **Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka**

Tytuł projektu: **Realizacja Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim**

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762**

Tytuł programu profilaktycznego: **Ogólnopolski program profilaktyczny nowotworów skóry (NS) ABCDE samokontroli znamion na obszarze woj. lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych:

- **konsultacja edukacyjna / świadomościowa** (udzielono dnia: )
- **świadczenie lekarza POZ** (udzielono dnia: )

Imię i nazwisko uczestnika:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Województwo

Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego:

Adres podmiotu leczniczego:

Województwo:

Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne:

.....  
Podpis uczestnika projektu

.....  
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne  
lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



**STOWARZYSZENIE**  
**CHORYCH NA CZERNIAKA**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WZROŚCIE WIEDZY

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Po przebytych szkoleniu **daklaruję** wzrost wiedzy o nowotworach skóry, w szczególności w zakresie samoobserwacji i umiejętności wykorzystania nowoczesnych technologii do samoobserwacji w skali / 10 (gdzie 10 oznacza najwyższy wzrost).

.....  
Data i podpis uczestnika projektu

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



**STOWARZYSZENIE**  
**CHORYCH NA CZERNIAKA**



## KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (POZ)

Miejsce i data: .....

DANE ŚWIADCZENIODAWCY (PIECZEĆ):

PACIENT:

PESEL \_\_\_\_\_ Data urodzenia . - - \_\_\_\_\_ Wiek: ☐ 15-49 ☐ 50-64 ☐ 65+

Płeć: ☐ M ☐ K

NAZWISKO: .....

IMIĘ: .....

Nr telefonu:..... lub adres mail: .....

**WYWIAD CHOROBY:**

1. Historia rodzinna:

a) Nowotwory złośliwe skóry w rodzinie: ☐ Tak ☐ Nie

Zespół znamion atypowych (nieregularnych): ☐ Tak ☐ Nie

Czerniak złośliwy: ☐ Tak ☐ Nie

Inne nowotwory złośliwe skóry ☐ Tak ☐ Nie

Rak trzustki ☐ Tak ☐ Nie

Guz mózgu: gwiazdziak ☐ Tak ☐ Nie

Guz mózgu: inne:.....

2. Wywiad osobniczy:

a) Przebyty czerniak/czerniaki: ☐ Tak ☐ Nie

b) Oparzenia słoneczne w dzieciństwie ☐ Tak ☐ Nie

c) Zauważalne zmiany kliniczne przez pacjenta: Reguła ABCDE

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| A | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| B | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| C | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| D | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| E | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

- d) Znamiona barwnikowe: ☐ Tak ☐ Nie
- e) Inne znamiona: ☐ Tak ☐ Nie
- f) Typ (rodzaj) wykonywanej pracy: .....

g) miejsce pracy (nazwa zakładu i dokładny adres):

.....

### **BADANIE KLINICZNE** (szczegółowe badanie skóry całego ciała):

#### 1. Fototyp skóry:

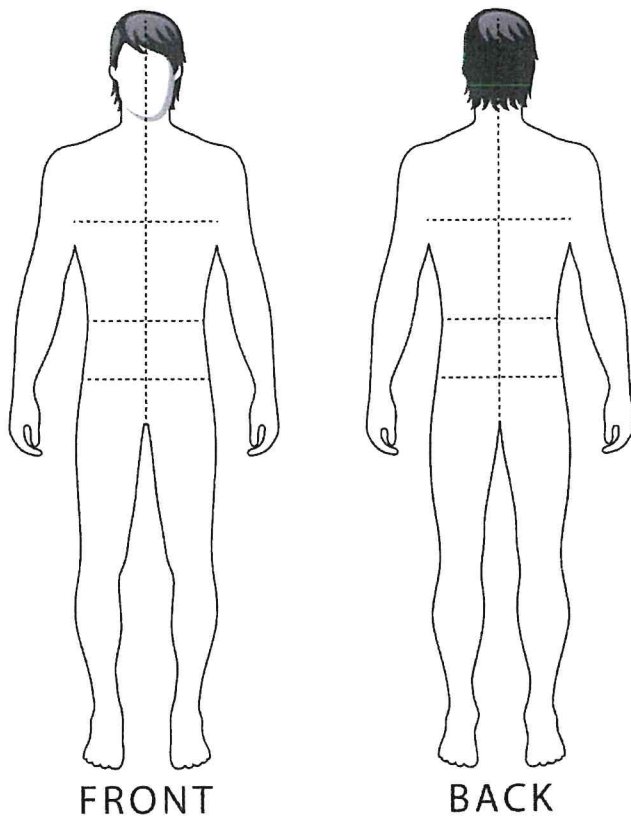
|                          |                                                                                                       | <b>Kolor skóry</b>                                                                |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ I</i><br>     | Bardzo jasna, prawie biała, jasne lub rude włosy, piegawaty                       |
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ II</i><br>   | jasna, biała skóra, jasne włosy, niebieskie lub brązowe oczy. Czasem ciemne włosy |
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ III</i><br> | Jasnobrązowa, oliwkowa; ciemne włosy brązowe lub zielone oczy                     |
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ IV</i><br>  | Umiarkowana brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy                                  |
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ V</i><br>   | Ciemna brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy                                       |
| <input type="checkbox"/> | <i>Typ VI</i><br>  | Bardzo ciemna lub czarna, ciemne brązowe oczy, czarne włosy                       |

#### 2. Liczba znamion/w przybliżeniu:

- ☐ do 10
- ☐ do 40
- ☐ powyżej

#### 3. Znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza do:

- ☐ dalszej diagnostyki (badanie video/dermatoskopowe)
- ☐ wycięcia chirurgicznego oraz histopatologii



|                                                         |  |
|---------------------------------------------------------|--|
| Liczba wykrytych znamion zakwalifikowanych do usunięcia |  |
| Liczba wykrytych znamion podejrzanych                   |  |
| Liczba wykrytych znamion złośliwych                     |  |

4. W przypadku grup wiekowych 15- 49 lat oraz 65+ wymagane jest podanie jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem niepokojących znamion lub czynników ryzyka:

.....

5. Uwagi:.....

#### **ZALECENIA:**

- ☐ wizyta kontrolna: co 6/12 miesięcy (kontrola dermatologiczna za 6-12 miesięcy)
- ☐ skierowanie do poradni chirurgii onkologicznej/chirurgii dermatologicznej onkologicznej:

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu (rejestracja czynna .. tel.),

Medica Pro Familia w Poznaniu (rejestracja czynna .. tel.),

Poradnia dermatologiczna w Szczecinie (rejestracja czynna .. tel.),

Dermatolog Marzena Głońska w Zielonej Górze (rejestracja czynna ... tel. ...)

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

Projekt „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



DANE ŚWIADCZENIODAWCY:

.....  
Data i miejscowość

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Projekt pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Szanowna/y Pani/e

W dniu                      wykonano u Pani/a profilaktyczne badanie skóry całego ciała, które nie wykazało zmian podejrzanych.

Życzymy dobrego zdrowia, jednakże w razie wystąpienia niepokojących dolegliwości prosimy o zgłoszenie się do lekarza POZ.

.....  
Podpis lekarza

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



  
wielkopolskie centrum onkologii



**STOWARZYSZENIE**  
**CHORYCH NA CZERNIAKA**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



DANE ŚWIADCZENIODAWCY:

.....  
Data i miejscowość

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Projekt pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Szanowna/y Pani/e

W dniu ..... wykonano u Pani/a profilaktyczne badanie skóry całego ciała, które wymaga uzupełnienia.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o zgłoszenie się do

celem wykonania badania video/dermatoskopowego. Termin badania prosimy ustalić telefonicznie.

.....  
Podpis lekarza

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



**STOWARZYSZENIE**  
CHORYCH NA CZERNIAKA



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



DANE ŚWIADCZENIODAWCY:

.....  
Data i miejscowość

Projekt pn. „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” nr POWR.05.01.00-00-0004/18-00/77/2018/762 realizowanym przez Wielkopolskie Centrum Onkologii wraz z partnerami: Wielkopolskim Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka, w ramach osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

### SKIEROWANIE

Do poradni:

Pan/i ! o numerze PESEL w dniu miał/a wykonane profilaktyczne badanie skóry całego ciała o numerze , które wykazało konieczność dalszej diagnostyki (badanie video/dermatoskopowego).

.....  
Podpis lekarza

*Projekt "Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim" realizowanego w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*



  
wielkopolskie centrum onkologii



STOWARZYSZENIE  
CHORYCH NA CZERNIAKA

Program profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim realizowany w ramach programu profilaktyki zdrowotnej pn. ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

### **HARMONOGRAM – ZASOBY**

#### 1. Dostępność udzielania świadczeń (godziny)

|    | pon | wt | śr | czw | pt | sob | nd | Obowiązuje od | Obowiązuje do |
|----|-----|----|----|-----|----|-----|----|---------------|---------------|
| od |     |    |    |     |    |     |    |               | 31.10.2021    |
| do |     |    |    |     |    |     |    |               |               |

#### 2. Personel

| nazwisko | Imiona | Kompetencje zawodowe<br>(lekarz, pielęgniarka, położna,<br>edukator zdrowotny) |
|----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
|          |        |                                                                                |
|          |        |                                                                                |
|          |        |                                                                                |
|          |        |                                                                                |

#### 3. Rejestracja

|               |  |
|---------------|--|
| Godziny pracy |  |
| Telefon       |  |



Realizacja Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim.

**Wniosek o nadanie / zmianę / wycofanie<sup>1</sup> dostępu do Systemu Informatycznego (SI)  
dla osoby uprawnionej<sup>2</sup>**

| Dane Beneficjenta: |                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Kraj               | Polska                                                    |
| Nazwa Beneficjenta | Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie |
| NIP Beneficjenta   | 778-13-42-057                                             |
| Nr projektu        | POWR.05.01.00-00-0004/18                                  |

| Dane Partnera/POZ: |  |
|--------------------|--|
| Kraj               |  |
| Nazwa Partnera/POZ |  |
| NIP Partnera/POZ   |  |

| Dane osoby uprawnionej: |  |
|-------------------------|--|
| Kraj                    |  |
| PESEL <sup>3</sup>      |  |
| Nazwisko                |  |
| Imię                    |  |
| Adres e-mail            |  |

1) Niepotrzebne skreślić, każda z opcji jest obsługiwana danym wnioskiem dla osoby uprawnionej.

2) Przez osobę uprawnioną rozumie się tu osobę wskazaną przez Partnera w niniejszym wniosku i upoważnioną do obsługi SI w jego imieniu, np. przygotowywania i składania dokumentacji czy przekazywania innych informacji związanych z realizacją projektu.

3) Dotyczy osób, dla których w polu „Kraj” wskazano „Polska”.

**Oświadczenie osoby uprawnionej<sup>4</sup>:**

Ja, niżej podpisany/a ..... oświadczam, że\*:

Imię i nazwisko

- ☐ zapoznałem/am się z Regulaminem bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w aplikacji głównej systemu teleinformatycznego i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
- ☐ zapoznałem/am się z Klauzulą Obowiązku Informacyjnego umieszczoną na stronie internetowej [www.wco.pl/ppns/rodo/](http://www.wco.pl/ppns/rodo/) w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
Data, Podpis osoby uprawnionej

\* Należy wstawić znak X w każdym polu oświadczenia.

**Wnioskowany zakres uprawnień w SI<sup>5</sup>:**

- ☐ Lekarz POZ
- ☐ Edukator/ka
- ☐ Rejestrator/ka

\* Należy wstawić znak X w odpowiednim polu.

**Oświadczenie Partnera<sup>5</sup>:**

Oświadczam, że wszystkie działania w SI związane z realizacją Projektu, podejmowane przez osoby uprawnione zgodnie z niniejszym wnioskiem, będą działaniami podejmowanymi w imieniu i na rzecz Partnera określonego w niniejszym wniosku.

Data sporządzenia wniosku

Podpis Partnera\*

\* Osoba/Osoby uprawnione do reprezentowania Partnera

4) Należy wypełnić tylko w przypadku wniosku o nadanie/zmianę dostępu dla osoby uprawnionej.

5) Dotyczy wniosku o nadanie/zmianę dostępu dla osoby uprawnionej.