

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/...../...../....., zawarta w Poznaniu, w dniu 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., kod.....,

REGON:, NIP: wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem,

reprezentowanym przez:

-

zwanym w treści umowy „**dermatologiem**”

§ 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 Dermatolodzy 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 (tj. makroregion zachodni).
2. W ramach Projektu celem zapewnienia równego dostępu pacjentów w każdym z trzech województw - WCO zawiera umowę o współpracę z dermatologiem.
3. WCO oświadcza, że w ramach realizacji Projektu w makroregionie zachodnim zaplanowano współpracę z 40 POZ - w przypadku wykrycia niepokojących zmian lekarz POZ będzie kierował Pacjenta do dermatologa na badanie video/dermatoskopowe.

§ 4

Oświadczenia dermatologa

1. Dermatolog oświadcza, że 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. Dermatolog 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. Dermatolog oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Programu we współpracy z WCO.

§ 5

Zasady kwalifikacji pacjentów do Programu

1. Pacjenci kwalifikujący się do badania video/dermatoskopowego wraz z konsultacją lekarza specjalisty - osoby w wieku 50 - 64 lata, dodatkowo w przypadku jasnych zaleceń lekarza POZ

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 (videodermatoskopowego lub dermatoskopowego)

§ 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 oświadcza, że w trakcie obowiązywania umowy sfinansuje maksymalnie badań dermatoskopowych i badań videodermatoskopowych.

§ 7

Zobowiązania dermatologa

1. Dermatolog zobowiązuje się wytypować i zgłosić do WCO (z imienia i nazwiska) osobę odpowiedzialną za rozliczenia i koordynację działań w ramach Programu.
2. Dermatolog zobowiązuje się pracować w Systemie Informatycznym (SI) od chwili udostępnienia przez WCO.
3. Dermatolog oświadcza, że do dnia 30.11.2021 roku wykona:
 - a. badań dermatoskopowych (wraz z konsultacją lekarza specjalisty) pacjentów skierowanych od POZ,
 - b. badań videodermatoskopowych (wraz z konsultacją lekarza specjalisty) pacjentów skierowanych od POZ.
4. W przypadku kwalifikacji osoby do badania video/dermatoskopowego, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany jest wypełnić i przekazać dermatologowi wszelką dokumentację niezbędną do realizacji Programu: karta pacjenta POZ – załącznik nr 2, wynik nieprawidłowy POZ – załącznik nr 3 oraz skierowanie na badanie video/dermatoskopowe – załącznik nr 4.
5. Lekarz dermatolog przeprowadza badanie video/dermatoskopowe i wypełnia dokumentację medyczną w systemie informatycznym (wzór dokumentacji stanowi załącznik nr 5 do Umowy). Do WCO w celach rozliczeniowych przekazuje całą otrzymaną od lekarza POZ dokumentację oraz drukuje (podpisuje oraz daje do podpisu pacjentowi) oświadczenie

lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - załącznik nr 6 do umowy) oraz ew. wynik – załącznik nr 7.1 lub 7.2.

6. W przypadku stwierdzenia (po przeprowadzeniu badania video/dermatoskopowego) konieczności dalszej diagnostyki i/lub usunięcia podejrzanej zmiany lekarz dermatolog na piśmie (załącznik 7.2) określa zalecenia dla pacjenta w celu wystawienia dalszego skierowania przez lekarza POZ.

§ 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.

§ 9

Sposób realizacji świadczeń przez dermatologa

1. Realizacja badań video/dermatoskopowych wraz z konsultacją specjalisty prowadzona będzie w poradni dermatologicznej zgodnie z harmonogramem, który stanowi załącznik nr 9 do umowy.
2. Zakres badania video/dermatoskopowego określają „Program ABCDE samokontroli znamion” oraz „Zestawienie stawek jednostkowych dla Programu ABCDE” dostępne na stronie: www.zdrowie.gov.pl/power/nabor-421-konkurs_profilaktyka_nowotworow_skory.html

§ 10

Dokumentacja

1. WCO dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do programu i udokumentowania udzielonych świadczeń (SI).
2. WCO dostarcza materiały edukacyjne, które udostępnione zostaną dermatologowi do przekazywania uczestnikom Programu.
3. W celu zakwalifikowania danej osoby do badania video/dermatoskopowego niezbędne jest odebranie od pacjenta wypełnionego formularza rekrutacyjnego wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach Projektu, oświadczenie o udzieleniu świadczenia.
4. Dermatolog 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 dermatologowi 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. Dermatolog 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. Dermatolog nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych
5. Dermatolog 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 dermatologowi przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celu zawartej i realizowanej umowy.
2. Dermatolog 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. Dermatolog 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 dermatologa

1. Dermatolog zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych mu danych osobowych.
2. Dermatolog 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 dermatolog jest uprawniony i jednocześnie zobowiązany do:
 - a. przesłania do WCO (dla osób które po stronie dermatologa 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

przez dermatologa, 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 dermatolog 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 dermatologa 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 dermatolog 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 dermatologa z osobą wskazaną w ust. 4. Odwołanie upoważnienia winno nastąpić na piśmie. Dermatolog 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 dermatologa do realizacji umowy, dermatolog 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. Dermatolog 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. Dermatolog uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje pomaga WCO wywiązywać się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO.
9. Dermatolog, 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 u dermatologa – 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. Dermatolog zobowiązuje się prowadzić rejestr kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu WCO dla powierzonych danych, który udostępnia WCO na każde jego żądanie.
11. Dermatolog nie jest uprawniony do udostępniania danych osobowych osobom trzecim, a każde żądanie udostępnienia danych osobowych skierowane bezpośrednio do dermatologa winno być niezwłocznie przekazane WCO, chyba że dermatolog jest obowiązany do udostępnienia danych

osobowych na żądanie uprawnionego organu działającego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

12. Dermatolog 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. Dermatolog zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania WCO o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez dermatologa danych osobowych określonych w niniejszej umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do dermatologa w zakresie dotyczącym wyłącznie danych osobowych powierzonych przez WCO.
14. Dermatolog, bez zbędnej zwłoki, zobowiązuje się do poinformowania WCO o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania przez dermatologa danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez organ nadzorczy, w zakresie, w jakim kontrola ta będzie dotyczyć danych osobowych powierzonych przez WCO.
15. WCO zobowiązuje dermatologa do odebrania od osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych, których wzór stanowi załącznik nr 8 do umowy. Dermatolog 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

Dermatolog 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 dermatologa 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 dermatologa,

- 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) dermatologa 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. Dermatolog ma obowiązek zastosować się do wskazań WCO mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień lub poprawę stanu bezpieczeństwa danych osobowych. WCO dopuszcza wniesienie przez dermatologa wniosków dotyczących poprawy bezpieczeństwa. Przekazanie przez WCO uwag zobowiązuje dermatologa, 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. Dermatolog 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, dermatolog stawia się w wyznaczonym na przeprowadzenie kontroli miejscu i czasie.

§ 17

Dalsze powierzenie przetwarzania danych osobowych i przekazanie danych do państwa trzeciego

1. Dermatolog może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy i wyłącznie po uzyskaniu przez dermatologa każdorazowej zgody WCO udzielonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Dermatolog przekazuje WCO dane podmiotów, którym dane mają zostać powierzone.
2. Dermatolog 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 dermatologa w niniejszej Umowie i uprawniać WCO do bezpośredniego przeprowadzenia pełnej kontroli przetwarzania danych osobowych przez podwykonawcę, któremu dermatolog powierzył dalsze przetwarzanie danych osobowych. Jeżeli podwykonawca nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków, dermatolog 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 dermatologa prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega dermatolog. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania dermatolog informuje WCO o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.

§ 18

Odpowiedzialność

1. Dermatolog 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. Dermatolog odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem gdy nie dopełnił obowiązków, które RODO nakłada bezpośrednio na dermatologa, lub gdy podmiot działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami WCO lub wbrew tym instrukcjom.
3. WCO i dermatolog 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, dermatolog 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 dermatologa lub jego Podwykonawcę postanowień Umowy, dermatolog 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. Dermatolog 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. Dermatolog 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 dermatolog:
 - 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 każde indywidualne badanie dermatoskopowe z konsultacją specjalisty zapłaci dermatologowi kwotę w wysokości 109 zł brutto.
2. WCO za każde indywidualne badanie videodermatoskopowe z konsultacją specjalisty zapłaci dermatologowi kwotę w wysokości 168 zł brutto.
3. Wynagrodzenie dermatologa stanowi iloczyn udzielonych miesięcznie indywidualnych badań (nie więcej niż wskazany limit przez WCO) i wynagrodzenia za badanie wg stawek wskazanych w pkt. 1 i 2.

4. Wynagrodzenie należne dermatologowi płatne będzie miesięcznie. Podstawę do wystawienia faktury przez dermatologa stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych do WCO oryginałów dokumentów: oświadczenie uczestnika projektu – załącznik nr 8 do umowy, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – załącznik nr 6 do umowy, skierowanie – załącznik nr 4 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 dermatolog wyraża zgodę.

§ 22

Rozwiązanie umowy

1. WCO może odstąpić od umowy lub jej części:
 - a) w przypadku zaprzestania przez dermatologa 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 dermatologa, w szczególności dotyczących obowiązków nałożonych na dermatologa, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą odstąpienia.

§ 23

Postanowienia końcowe

1. Bez zgody WCO, dermatolog nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia w stosunku do zobowiązań Zamawiającego.
2. Dermatolog nie może wykonywać swoich zobowiązań za pomocą osób trzecich, niezatrudnionych w poradni.
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 badań 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 dermatologa.
9. Integralną część umowy stanowią następujące załączniki:
 - a. załącznik nr 1: Pełnomocnictwo,
 - b. załącznik nr 2: Karta pacjenta – POZ,
 - c. załącznik nr 3: Wynik nieprawidłowy – POZ,
 - d. załącznik nr 4: Skierowanie na badanie video/dermatoskopowe,
 - e. załącznik nr 5: Karta pacjenta – specjalista,
 - f. załącznik nr 6: Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym,
 - g. załącznik nr 7.1: Wynik prawidłowy – specjalista,
 - h. załącznik nr 7.2: Wynik nieprawidłowy – specjalista,
 - i. załącznik nr 8: Oświadczenie uczestnika projektu,
 - j. załącznik nr 9: Harmonogram – zasoby,
 - k. załącznik nr 10: Wniosek o nadanie/zmianę/wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej do przetwarzania danych osobowych.

WCO

DERMATOLOG



KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (POZ)

Miejsce i data:

DANE ŚWIADCZENIODAWCY (PIECZĘĆ):

PACJENT:

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

Płeć: ☐ M ☐ K

NAZWISKO:

IMIĘ:

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

WYWIAD CHOROBOWY:

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: gwiaździak ☐ 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 | ☐ Tak | ☐ Nie |
| B | ☐ Tak | ☐ Nie |
| C | ☐ Tak | ☐ Nie |
| D | ☐ Tak | ☐ Nie |
| E | ☐ Tak | ☐ 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:

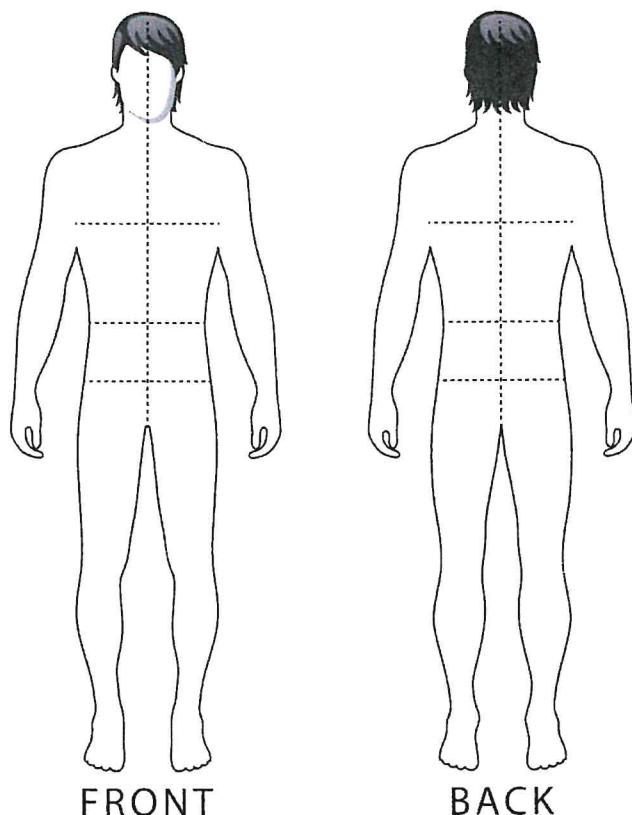
		Kolor skóry
☐	<i>Typ I</i> 	Bardzo jasna, prawie biała, jasne lub rude włosy, piegowaty
☐	<i>Typ II</i> 	jasna, biała skóra, jasne włosy, niebieskie lub brązowe oczy. Czasem ciemne włosy
☐	<i>Typ III</i> 	Jasnobrązowa, oliwkowa; ciemne włosy brązowe lub ciemne oczy
☐	<i>Typ IV</i> 	Umiarkowana, brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
☐	<i>Typ V</i> 	Ciemna brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
☐	<i>Typ VI</i> 	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 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.



wielkopolskie centrum onkologii



STOWARZYSZENIE
CHORYCH NA CZERNIAKA



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DANE SWIADCZENIODAWCY:

.....
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



KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (SPECJ)

Dane świadczeniodawcy:.....

Miejsce i data:

PACJENT:

PESEL _____ Data urodzenia _.-.-. Wiek: ☐ 15-49 ☐ 50-64 ☐ 65+
Płeć: ☐ M ☐ K

NAZWISKO:

IMIĘ:

Nr telefonu:..... Lub adres mail:

Tryb przyjęcia:

☐ Pacjent skierowany przez lekarza POZ ☐ Samodzielne zgłoszenie podczas wydarzeń/eventów

WYWIAD CHOROBY:

1. Historia rodzinna

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

Zespół znamion atypowych: ☐ 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	☐ Tak	☐ Nie
B	☐ Tak	☐ Nie
C	☐ Tak	☐ Nie
D	☐ Tak	☐ Nie
E	☐ Tak	☐ Nie

- d) Znamiona barwnikowe: ☐ Tak ☐ Nie
- e) Inne znamiona: ☐ Tak ☐ Nie
- f) Typ (rodzaj) wykonywanej pracy:
- g) miejsce pracy (nazwa i adres):

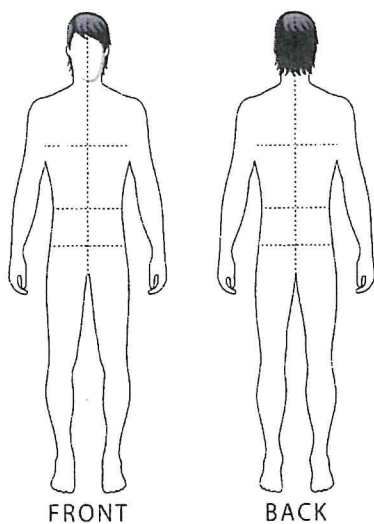
BADANIE KLINICZNE (szczegółowe badanie skóry całego ciała):

Kolor skóry		
☐	<i>Typ I</i> 	Bardzo jasna, prawie biała, jasne lub rude włosy, piegawaty
☐	<i>Typ II</i> 	Jasna, biała skóra, jasne włosy, niebieskie lub brązowe oczy. Czasem ciemne włosy
☐	<i>Typ III</i> 	Jasnobrązowa, oliwkowa; ciemne włosy brązowe lub ciemne oczy
☐	<i>Typ IV</i> 	Umiarkowana brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
☐	<i>Typ V</i> 	Ciemna brązowa, brązowe oczy i ciemne włosy
☐	<i>Typ VI</i> 	Bardzo ciemna lub czarna, ciemne brązowe oczy, ciemne włosy

1. Liczba znamion/w przybliżeniu:

- ☐ do 10
- ☐ do 40
- ☐ powyżej

2. Znamiona atypowe oraz zmiany skórne niebarwnikowe kwalifikowane przez lekarza POZ do:
badania video/dermatoskopowego



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

3. Zalecenia lekarza POZ związane z występowaniem niepokojących znamion lub czynników ryzyka w grupie wiekowej 15- 49 lat oraz 65+:

.....

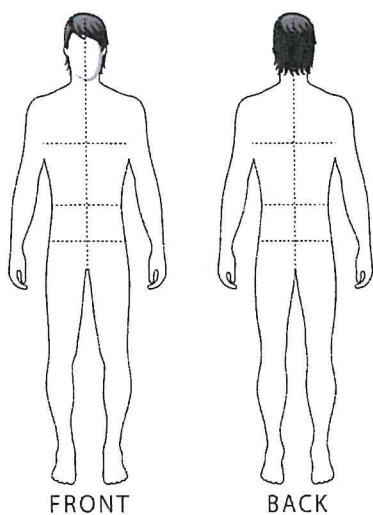
4. Uwagi:.....

Dane kierującego lekarza POZ:

5. Szczegółowy opis badania

- ☐ videodermatoskopowego (z zapisem obrazu na nośniku cyfrowym)
- ☐ dermatoskopowego

.....



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

6. Wynik badania lekarskiego:

- ☐ nie stwierdzono zmian podejrzanych
- ☐ zmiana podejrzana,
- ☐ zmiana o charakterze sugerującym nieczerniakowy nowotwór skóry
- ☐ zmiana o charakterze sugerującym czerniaka złośliwego

7. Zalecenia dla pacjenta:

- ☐ wizyta kontrolna za 6 miesięcy
 - ☐ wizyta kontrolna za 12 miesięcy
 - ☐ skierowano na dalszą diagnostykę
 - ☐ skierowano na zabieg chirurgicznego usunięcia zmiany wraz z badaniem histopatologicznym do poradni chirurgii onkologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii
- Porada zawierała element omówienia przeprowadzonego badania. Po badaniu pacjent otrzymał informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane, oraz jak powinien postępować z wybranymi zmianami skórnymi.

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



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:

- **badanie videodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty** (udzielono dnia:)

Imię i nazwisko uczestnika:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Województwo:

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

Adres podmiotu leczniczego:

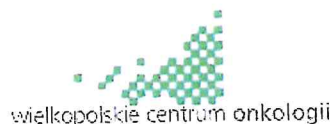
Województwo:

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



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 videodermatoskopowe skóry całego ciała, które nie wykazało zmian podejrzanych.

Zalecamy wizytę kontrolną za

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.



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 videodermatoskopowe skóry całego ciała, które wykazało zmianę wymagającą chirurgicznego usunięcia (wraz z badaniem histopatologicznym).

Proszę o zgłoszenie się do lekarza POZ w celu wystawienia skierowania na zabieg chirurgicznego usunięcia zmiany wraz z badaniem histopatologicznym do poradni

.....
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



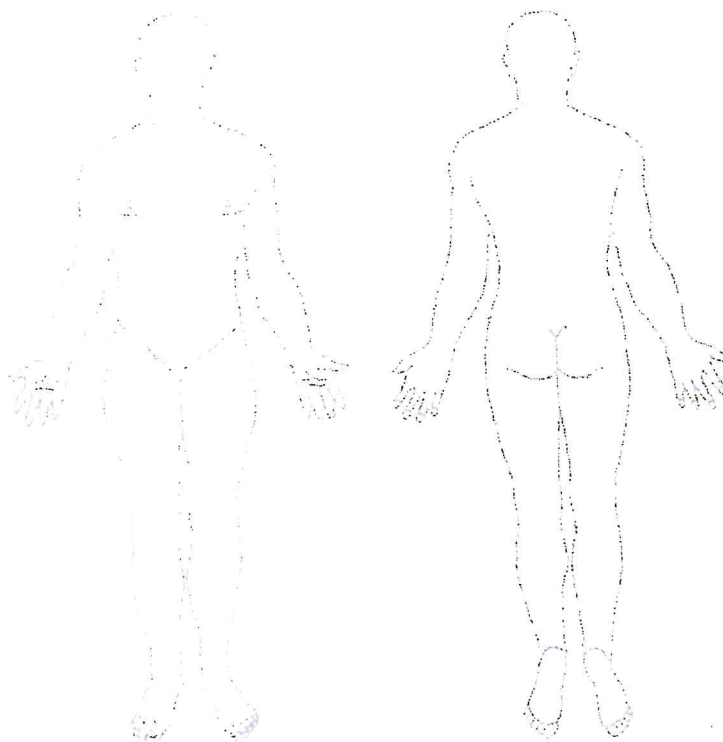
Wynik badania

Szczegółowy opis badania:

■ Liczba wykrytych znamion
zakwalifikowanych do usunięcia

● Liczba wykrytych znamion
podejrzanych

▲ Liczba wykrytych znamion złośliwych



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



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.



Wielkopolskie Centrum Onkologii

wielkopolskie centrum onkologii



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. 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 lub adres poczty: mirosława.mocydlarz-adamcewicz@wco.pl (gdy ma ty 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.



wielkopolskie centrum onkologii

STOWARZYSZENIE
CHORYCH NA CZERNIAK

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 (lekarz, pielęgniarka, położna, edukator zdrowotny)

3. Rejestracja

Godziny pracy	
Telefon	



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

**Wniosek o nadanie / zmianę / wycofanie¹ dostępu do Systemu Informatycznego (SI)
dla osoby uprawnionej²**

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 ³	
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 uprawnionej⁴:

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/ 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 SI⁵:

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

* Należy wstawić znak X w odpowiednim polu.

Oświadczenie Partnera⁵:

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.