

*Załącznik nr 1  
do Uchwały nr 219/3927/2021  
z dnia 5 sierpnia 2021 r.*

## **OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT NR ZD-II.433.4.2019/3/2**

Zarząd Województwa Podlaskiego zwany dalej Zamawiającym z siedzibą przy ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok działając na podstawie art. 9b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

### **OGŁASZA KONKURS OFERT NA:**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarских w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” o nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19 współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa Działanie 2.5. Aktywne i zdrowe starzenie się.**

1. Przedmiotem konkursu jest organizowanie oraz udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarских tj. porady wraz z ankietą badania profilaktycznego z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.
2. Świadczenie o którym mowa w pkt 1., obejmuje:
  - zakwalifikowanie pacjenta do uczestnictwa w projekcie na podstawie Formularza Rekrutacyjnego i Oświadczenia uczestnika / osoby biorącej udział w realizacji projektu;
  - przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego w postaci porady lekarskiej i/lub pielęgniarской na podstawie Ankiety badania profilaktycznego.
3. Termin obowiązywania umowy: od dnia zawarcia do 30 czerwca 2023 r.
4. Celem projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka tj. osób pracujących w sektorze gospodarczym rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.
5. Szczegółowe warunki konkursu ofert są dostępne:
  - w siedzibie Zamawiającego w godzinach 8.00-15.00 ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, pokój 624, Departament Zdrowia,
  - na stronie internetowej Zamawiającego.
6. Ofertę należy dostarczyć do siedziby Zamawiającego, nie później niż do dnia 20 września 2021 r. do godz. 15.30.
7. Otwarcie ofert nastąpi 21 września 2021 r. o godz. 10.00.
8. Rozstrzygnięcie konkursu, nastąpi w siedzibie Zamawiającego oraz zostanie opublikowane na stronie internetowej, w terminie 14 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Oferent ma prawo składania protestów i odwołań do Zamawiającego dotyczących konkursu zgodnie z art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. Termin związania ofertą wynosi 30 dni.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu i/lub terminu składania ofert bez podania przyczyny.

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NR ZD-II.433.4.2019/3/2**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarskich w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” o nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19 współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa Działanie 2.5. Aktywne i zdrowe starzenie się**

Zarząd Województwa Podlaskiego, zwany dalej Zamawiającym, adres: Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarskich w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” o nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19 współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa Działanie 2.5. Aktywne i zdrowe starzenie się.

## **I. CEL PROJEKTU**

1. Oferent podejmie z Zamawiającym współpracę w zakresie wdrożenia działań z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych zgodnie z programem polityki zdrowotnej pn. Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego przyjętym Uchwałą nr 194/2547/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 r.
2. Celem projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.

## **II. PODSTAWY PRAWNE**

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711).
3. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2017 r. poz. 2217).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595 z późn. zm.).

## **III. WYMAGANIA PODSTAWOWE**

1. Oferentem musi być podmiot wykonujący działalność leczniczą udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711).
2. Oferentem musi być podmiot posiadający ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Oferent powinien zatrudniać lub współpracować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (zgodnie z definicją lekarza POZ zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2017 r. poz. 2217) lub pielęgniarką podstawowej

- opieki zdrowotnej (zgodnie z definicją pielęgniarki POZ zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2017 r. poz. 2217).
- Oferent powinien dysponować zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach ogłoszenia o konkursie (obiekt przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami).
  - Oferent powinien realizować świadczenia gwarantowane na terenie i na rzecz mieszkańców powiatów: białostockiego, augustowskiego, wysokomazowieckiego, bielskiego, łomżyńskiego, grajewskiego, siemiatyckiego, zambrowskiego, monieckiego, kolneńskiego lub suwalskiego, miast Białystok, Łomża lub Suwałki.
  - Oferent powinien realizować świadczenia zdrowotne w sposób umożliwiający dostępność świadczeń dla osób pracujących, poprzez dogodny terminy ich udzielania.
  - Oferent powinien realizować świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający stosowanie zasady równości szans i niedyskryminacji, a także równości szans kobiet i mężczyzn.
  - W przypadku gdy Oferent jest stroną o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Podlaskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, zawarta umowa może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec Oferenta w danym zakresie.

#### **IV. DOKUMENTY KONKURSOWE**

- Formularz oferty – załącznik nr 1 i 2.
- Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 3 i 4.
- Projekt umowy – załącznik nr 5.
- Formularz rekrutacyjny – załącznik nr 6.
- Oświadczenie uczestnika projektu – załącznik nr 7.
- Ankieta badania profilaktycznego – załącznik nr 8.
- Regulamin projektu – załącznik nr 9.

#### **V. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

- Zawarcie umowy na czas określony tj. od dnia zawarcia umowy do 30 czerwca 2023 r.
- Zamawiający podpisze umowę z wybranymi Oferentami w terminie nie później niż do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia wyniku konkursu.
- Zaoferowana cena /PLN/ brutto za świadczenia będzie obowiązywać przez czas trwania umowy.

#### **VI. ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ**

- Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w postaci porad lekarskich i /lub pielęgniarskich w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych udzielanych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie i na rzecz mieszkańców 14 powiatów województwa podlaskiego tj.: augustowskiego, suwalskiego, białostockiego, monieckiego, kolneńskiego, wysokomazowieckiego, siemiatyckiego, zambrowskiego, łomżyńskiego, grajewskiego lub bielskiego oraz miast Białystok, Łomża lub Suwałki.
- Świadczenia będą udzielane uczestnikom projektu tj. osobom które pracują w sekcji gospodarczej rolnictwo, leśnictwo lub rybactwo i są mieszkańcami województwa podlaskiego w wieku od 18 do 64 lat.

3. Świadczenie może być udzielone uczestnikom projektu tylko raz podczas trwania umowy.
4. Świadczenia powinny być realizowane w następujący sposób:
  - 1) osoba zgłaszająca się do POZ jest kwalifikowana na podstawie formularza rekrutacyjnego do uczestnictwa w projekcie i oświadczenia uczestnika projektu stanowiących załączniki nr 6 i nr 7 do ogłoszenia o konkursie ofert,
  - 2) w obecności personelu uprawnionego lekarza/ki POZ lub pielęgniarki/ki POZ uczestnik projektu wypełnia ankietę i otrzymuje poradę zgodnie z załącznikiem nr 8 do ogłoszenie o konkursie ofert. Przewidywany czas porady to 15 minut.
5. W przypadku zaostrzenia stanu epidemii wywołanej SARS-CoV-2 świadczenie może być realizowane w formie elektronicznej (teleporady).
6. W związku z wystąpieniem stanu epidemii Zamawiający prześle Świadczeniodawcy środki ochrony indywidualnej w postaci maseczki jednorazowej, pary rękawic jednorazowych oraz płynu dezynfekcyjnego, które będą przeznaczone dla uczestników projektu.
7. Podstawą do rozliczenia świadczenia będzie dostarczenie formularzy o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 2 oraz prawidłowo wystawiony dowód księgowy.
8. Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp uczestnikom projektu. Działania będą realizowane w obiektach przystosowanych do dostępu i obsługi osób z niepełnosprawnościami.
9. Realizacja powyższych świadczeń nie może negatywnie wpływać na realizację świadczeń w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA OFERT

1. Oferent powinien zapoznać się dokładnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, formularzami i projektem umowy.
2. Ofertę, w tym formularz ofertowy, oraz wszystkie wymagane załączniki należy sporządzić pod rygorem nieważności w języku polskim.
3. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje osoba uprawniona do reprezentacji lub posiadająca pełnomocnictwo, które należy dołączyć do oferty.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny. Strony oferty oraz miejsca, w których oferent naniósł poprawki, podpisuje uprawniona, która podpisała ofertę. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego. Oferta nie powinna zawierać żadnych dopisków między wierszami, fragmentów wymazanych ani napisanych poza niezbędnymi do poprawy.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Zamawiającego o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty” oraz podpis oferenta na kopercie przy słowie „zmiana” lub słowie „wycofanie”.
7. Informacji związanych z konkursem udziela: Magdalena Donejko e-mail [magdalena.donejko@wrotapodlasia.pl](mailto:magdalena.donejko@wrotapodlasia.pl) oraz Katarzyna Kuklińska e-mail [katarzyna.kuklinska@wrotapodlasia.pl](mailto:katarzyna.kuklinska@wrotapodlasia.pl) tel. 797931534, 856654468.

## VIII. ZASADY SKŁADANIA OFERT

1. Dokumenty konkursowe składane przez Oferentów do Zamawiającego powinny być opatrzone napisem: „**Oferta do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”** nazwą Oferenta wraz z adresem korespondencyjnym, złożone w zamkniętej kopercie – pod rygorem nieważności.
2. Ofertę należy złożyć (w zamkniętej kopercie z napisem j.w. pkt 1) lub przesłać do siedziby Zamawiającego **do dnia 20 września 2021 r. do godz. 15:30.**
3. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
4. Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które będą dostarczone po wyznaczonym terminie (i wyznaczonej godzinie) zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. O każdej zmianie lub modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert Zamawiający informuje na stronie internetowej Zamawiającego.
6. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
7. W ofercie należy podać wyceny należności PLN (cyfrą i słownie) brutto za wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z formularzem ofertowym, stanowiącym załącznik nr 2.

## IX. ZAWARTOŚĆ OFERT

1. Dla uznania ważności oferta musi zawierać wymagane przez Zamawiającego, wymienione poniżej dokumenty. Dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału lub kserokopii (poświadczonej za zgodność z oryginałem przez oferenta lub osobę uprawnioną).
  - 1) wypełniony formularz ofertowy stanowiący załączniki nr 1 i 2 do ogłoszenia o konkursie ofert;
  - 2) odpis właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (może zostać złożony w formie aktualnego wydruku elektronicznego poświadczonego podpisem Oferenta);
  - 3) odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy);
  - 4) polisa OC lub pisemne zobowiązanie się Oferenta stanowiące załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie ofert do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku oraz wszystkich wypadków, których skutki objęte będą umową ubezpieczenia na kwoty objęte Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązku ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na usługi zdrowotne (zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami);
  - 5) oświadczenie stanowiące załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy załączonym do niniejszej dokumentacji stanowiącym załącznik nr 5 do ogłoszenia o konkursie i zaakceptowaniu powyższych warunków i projektu umowy oraz zobowiązanie (w przypadku wyboru oferty) do podpisania umowy.
2. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu Oferent przedkłada w ciągu 14 dni od dnia zawarcia umowy, jednakże nie później niż w dniu poprzedzającym rozpoczęcie realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.
3. Wszystkie zaświadczenia i dokumenty powinny być aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Oferta konkursowa wraz z zawartymi dokumentami pozostaje w siedzibie Zamawiającego.

## X. WYBÓR OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ

1. Komisja konkursowa:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otwiera koperty z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w ogłoszeniu o konkursie ofert,
  - 3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez Oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.
2. Firma (nazwa) i adres Oferenta, którego oferta jest otwierana, ogłaszane są osobom obecnym przy otwarciu ofert oraz niezwłocznie odnotowywane w protokole postępowania konkursowego.
3. W toku dokonywania formalnej oceny złożonych ofert Komisja konkursowa może żądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
4. Komisja konkursowa odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert lub zgłoszone po wyznaczonym terminie.
5. W przypadku gdy oferta zawiera braki formalne Komisja konkursowa może zobowiązać Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. W tym trybie nie może być usunięty brak „oferty cenowej” i warunki wykonywania świadczeń zdrowotnych.
6. Oświadczenia lub dokumenty składane jako uzupełnienie braków formalnych powinny być złożone w zamkniętej kopercie oznaczonej jak oferta oraz dodatkowo zawierać oznaczenie „Uzupełnienie braków oferty”.
7. Komisja konkursowa:
  - 1) wybiera oferty w danym powiecie lub mieście do limitu ceny za pojedyncze świadczenie przewidzianej przez Zamawiającego,
  - 2) oddala wszystkie złożone oferty, jeżeli nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Zamawiający zaplanował wyłonienie Oferentów w przedmiotowym konkursie do realizacji łącznie 28 820 świadczeń w rozłożeniu na poszczególne powiaty i miasta:
  - 1) białostocki – 5340 świadczeń,
  - 2) augustowski – 2360 świadczeń,
  - 3) wysokomazowiecki - 3120 świadczeń,
  - 4) bielski - 1920 świadczeń,
  - 5) łomżyński - 2680 świadczeń,
  - 6) grajewski - 1780 świadczeń,
  - 7) siemiatycki - 2680 świadczeń,
  - 8) zambrowski - 1340 świadczeń,
  - 9) moniecki -2420 świadczeń,
  - 10) kolneński - 1720 świadczeń,
  - 11) suwalski - 2560 świadczeń,
  - 12) m. Suwałki - 300 świadczeń,
  - 13) m. Łomża - 300 świadczeń,
  - 14) m. Białystok - 300 świadczeń.
9. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Komisja konkursowa kieruje się kryterium: ceny - *waga kryterium 100%*. Ocena dokonywana jest dla ceny za pojedyncze świadczenie. Jeżeli oferent poda wyższą cenę niż zaplanowana dla świadczenia przez Zamawiającego o:
  - 1) 0,01-10% - otrzyma 90%;
  - 2) 10,01-20% - otrzyma 80%;
  - 3) ponad 20% - otrzyma 70% za dane świadczenie.

10. W przypadku otrzymania takiej samej liczby punktów przez dwóch lub więcej Oferentów, zostaną przeprowadzone dodatkowe negocjacje.
11. Zamawiający zastrzega możliwość negocjacji deklarowanej liczby wykonywanych świadczeń i ceny zaproponowanej przez Oferenta za świadczenia (przeprowadzenie negocjacji z Oferentami nie oznacza ostatecznego wyboru oferty) lub odrzucenia oferty, w przypadku gdy cena oferty przekroczy przewidywane środki finansowe przeznaczone przez Zamawiającego na wymienione świadczenia zdrowotne.
12. Komisja konkursowa może wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zakresu świadczeń zdrowotnych przewidzianych do realizacji w danym powiecie.
13. W razie oddalenia przez Komisję konkursową wszystkich ofert lub nie wybrania żadnej z ofert, Zamawiający może ogłosić nowy konkurs ofert.

## **XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

1. Oferent związany jest ofertą do dnia unieważnienia konkursu ofert, odrzucenia bądź oddalenia oferty lub podpisania z Zamawiającym umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych ofertą w zależności, która z wymienionych okoliczności nastąpi wcześniej.
2. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

## **XII. ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu - nazwa /firma/ lub imię i nazwisko Oferenta, który został wybrany, zostaną opublikowane na stronie internetowej Zamawiającego niezwłocznie po rozstrzygnięcia konkursu.

## **XIII. POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku przeprowadzanego postępowania przysługuje protest i odwołanie na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
  - 1) wybór trybu postępowania;
  - 2) niedokonanie wyboru Oferenta;
  - 3) unieważnienie postępowania konkursowego.
3. W toku konkursu ofert, do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert, Oferent może złożyć do Zamawiającego umotywowany protest (w ciągu 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności), co skutkuje zawieszeniem postępowania konkursowego do czasu jego rozpatrzenia, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
4. Zamawiający rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego złożenia, udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Zamawiającego.
7. W przypadku uwzględnienia protestu Zamawiający powtarza zaskarżoną czynność.
8. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie do konkursu ofert dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie



odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

#### **XIV. ZASTRZEŻENIA**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo: do odwołania konkursu, unieważnienia konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert - bez podania przyczyny.
2. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia.

## Klauzula RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO, Zamawiający informuje, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Podlaskiego w Białymstoku, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, 15-888 Białystok, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1 (<https://bip.wrotapodlasia.pl/klauzula.html>);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych - adres e-mail: [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl);
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że dane będą przetwarzane w celach związanych z realizacją zadań finansowanych z budżetu Województwa („przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze”);
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane nie krócej niż do upływu okresu wynikającego z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 6) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 7) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy zatem jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania;
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia.

.....  
*pieczęć Oferenta*

**Formularz ofertowy  
KONKURS OFERT NR ZD-II.433.4.2019/3/2**

1.	Nazwa Oferenta	
2.	Adres Oferenta	
3.	Nr telefonu i osoba wyznaczona do kontaktu do kontaktu	
4.	Adres e-mail	
5.	Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej	
6.	Numer kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia	
7.	Kadra medyczna która będzie udzielała świadczenia (lekarz POZ, pielęgniarka POZ)	
8.	REGON	
9.	NIP	
10.	Okres obowiązywania polisy	
11.	Osoba upoważniona do reprezentacji	
12.	Nazwa banku i nr rachunku	
13.	Dane Inspektora Ochrony Danych Osobowych*	

*(podpis i pieczęć Oferenta)*

\* Jeśli jednostka posiada IODO, należy wskazać jego: imię, nazwisko, adres poczty elektronicznej lub numer telefonu kontaktowego. Brak informacji o posiadaniu IODO, będzie równoważny z jego brakiem

Załącznik nr 2

.....

*pieczęć Oferenta*

**Formularz ofertowy  
KONKURS OFERT NR ZD-II.433.4.2019/3/2**

1	2	3	4	5
				3*4
Lp.	Powiat lub miasto na terenie którego będzie realizowane świadczenie	Cena brutto za pojedyncze świadczenie	Liczba planowanych do realizacji świadczeń	Cena brutto za łączną liczbę świadczeń
		zł <i>słownie .... zł ../100</i>		

*(podpis i pieczęć Oferenta)*

Załącznik nr 3

.....  
*pieczęć Oferenta*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał/a przez cały okres trwania umowy z Zamawiającym.

*(podpis i pieczęć Oferenta)*

.....  
*pieczęć Oferenta*

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert nr ZD-II.433.4.2019/3/2 na świadczenia zdrowotne gwarantowane.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie postępowania konkursowego i umowy konkursowej.
6. Oświadczam, że spełniam wymagania podstawowe postawione w konkursie ofert nr ZD-II.433.4.2019/3/2

*(podpis i pieczęć Oferenta)*

**Umowa nr ZD-II.433.4.2019/3/1....**

*/ projekt/*

Umowa o finansowanie świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej tj. wykonanie porady profilaktycznej łącznie z ankietą badania profilaktycznego, zwana dalej „umową”, zawartą na podstawie art. 9a i art. 9b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2002 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

zawarta w dniu .....2021 r. pomiędzy:

Województwem Podlaskim, reprezentowanym przez Zarząd Województwa, w imieniu którego działają:

..... Województwa Podlaskiego

..... Województwa Podlaskiego

zwanym dalej Zamawiającym

a

.....

reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej Świadczeniodawcą

§ 1.

**Zakres umowy**

1. Przedmiotem umowy jest organizowanie oraz udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczenia gwarantowanego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarskich w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na rzecz uczestników projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19.
2. Świadczenie o którym mowa w § 1 ust. 1, obejmuje:
  - 1) zakwalifikowanie pacjenta do uczestnictwa w projekcie na podstawie Formularza Rekrutacyjnego stanowiącego załącznik nr 2 do umowy i Oświadczenia uczestnika / osoby biorącej udział w realizacji projektu stanowiącego załącznik nr 3 do umowy;
  - 2) przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego w postaci porady lekarskiej i/lub pielęgniarskiej na podstawie Ankiety badania profilaktycznego stanowiącej załącznik nr 4 do umowy.
3. Świadczenia będą realizowane od dnia zawarcia umowy do 30 czerwca 2023 r.
4. Czas trwania umowy może zostać skrócony w przypadku zrealizowania przedmiotu umowy w terminie krótszym niż wskazany w ust. 3.
5. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, Świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej.
6. Świadczeniodawca oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy z podmiotami trzecimi na udzielanie świadczeń gwarantowanych nie wpłyną na obniżenie jakości udzielanych świadczeń objętych niniejszą umową oraz nie będą naruszały interesów Zamawiającego.
7. Świadczeniodawca oświadcza, że finansowane świadczenia o których mowa w ust. 1, w okresie trwania umowy nie będą finansowane z innych źródeł.

8. Po zawarciu umowy Świadczeniodawca jest obowiązany przysyłać do wiadomości Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego zgodnie z art. 9b ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy wejdą w życie powszechnie obowiązujące przepisy, określające odmiennie zasady udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, strony zmieniają lub rozwiązują umowę, w zakresie, w jakim będzie ona sprzeczna z przepisami powszechnie obowiązującymi.

## § 2.

### Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca oświadcza, że dysponuje kadrą i zapleczem technicznym umożliwiającym wykonanie świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w § 1 ust. 1.
2. Świadczenie może być udzielone w poradni podstawowej opieki zdrowotnej przez uprawnionego/ą lekarza/rkę POZ lub uprawnionego/ą pielęgniarkę/rkę POZ.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania zleconych świadczeń zdrowotnych oraz udzielania ich przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.
4. Świadczeniodawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego zlecać wykonywania przedmiotu umowy innemu podmiotowi.
5. O podziale obowiązków Świadczeniodawcy, harmonogramie jego pracy oraz współpracującym z nim pozostałym personelem komórki organizacyjnej wykonującej świadczenia, każdorazowo decyduje Świadczeniodawca.
6. Świadczenia mogą być udzielane jedynie na rzecz pacjentów zakwalifikowanych do uczestnictwa w projekcie pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”, spełniających łącznie następujące warunki:
  - 1) zamieszkuje województwo podlaskie;
  - 2) w wieku od 18 do 64 lat;
  - 3) zatrudnienie w sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo lub rybactwo.
7. Świadczenie może być udzielone pacjentowi zakwalifikowanemu do projektu tylko raz w trakcie trwania umowy.
8. Świadczeniodawca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli sposobu oraz jakości świadczeń przeprowadzanej przez Zamawiającego, w tym również kontroli przeprowadzanej przez osoby upoważnione przez niego, Instytucję Pośredniczącą oraz inne podmioty uprawnione, z zakresu udzielanych świadczeń, a w szczególności jakości przeprowadzanych świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia wymaganej dokumentacji projektowej.
9. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność cywilną wobec Zamawiającego za nienależyte wykonanie świadczeń zdrowotnych.
10. Całość dokumentacji medycznej sporządzonej przez Świadczeniodawcę w trakcie trwania usługi będzie gromadzona i przechowywana w siedzibie Świadczeniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie gromadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.

## § 3.

1. Z tytułu wykonywania świadczenia, o którym mowa w § 1 ust. 1, Świadczeniodawcy przysługuje od Zamawiającego wynagrodzenie w kwocie brutto ..... zł za każde wykonane świadczenie, do łącznej kwoty ..... zł brutto za wykonane świadczenia.
2. Kwota wynagrodzenia podana w ust. 1 może ulec pomniejszeniu o wartość niezrealizowanych i nieprawidłowo zrealizowanych świadczeń.



3. Rozliczenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, będzie realizowane w okresach miesięcznych do ostatniego dnia kalendarzowego każdego miesiąca.
4. Zamawiający wypłaci należne Świadczeniodawcy wynagrodzenie w terminie najpóźniej do 14 dni od daty wpływu faktury do siedziby Zamawiającego. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia jest faktura wystawiona przez Świadczeniodawcę zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, najpóźniej w terminie do 5 dni od daty zakończenia okresu rozliczeniowego oraz dostarczenie formularzy o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1 i 2.
5. Wynagrodzenie będzie płatne przez Zamawiającego na wskazany przez Świadczeniodawcę rachunek bankowy o numerze .....

#### § 4.

##### **Kary umowne**

1. Z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się uiścić na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 50% wynagrodzenia brutto za pojedyncze świadczenie określone w § 3 ust. 1 za każdy taki przypadek.
2. W przypadku odstąpienia przez Zleceniodawcę od umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Świadczeniodawca zobowiązuje się uiścić na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10 krotności wynagrodzenia brutto za pojedyncze świadczenie określonego w § 3 ust. 1.
3. Zamawiający może dochodzić odszkodowania z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy w wysokości przekraczającej wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych.
4. Kwota naliczonych kar umownych może zostać potrącona z wynagrodzenia przysługującego Świadczeniodawcy z tytułu realizacji niniejszej umowy.

#### § 5.

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
  - 1) jeśli Świadczeniodawca nie rozpoczął albo przerwał, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, realizację przedmiotu zamówienia,
  - 2) zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy,
  - 3) jeśli Świadczeniodawca realizuje przedmiot zamówienia w sposób niezgodny z niniejszą umową lub wymaganiami Zamawiającego.
2. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w terminie 2 dni od dnia uzyskania przez Zamawiającego informacji o okolicznościach stanowiących podstawę odstąpienia od umowy.

#### § 6.

##### **Zasady przetwarzania danych osobowych**

1. Świadczeniodawca zostaje uprawniony do przetwarzania danych osobowych uczestników Projektu w imieniu Zamawiającego kwalifikowanych do kategorii danych identyfikacyjnych oraz informacji o zrealizowane poradzie profilaktycznej w celu niezbędnym do realizacji przedmiotu niniejszej umowy.
2. Kategorie danych osobowych oraz kategorie osób, których dane dotyczą powierzone do przetwarzania zostały określone w załączniku nr 5 do niniejszej umowy.
3. Świadczeniodawca udokumentuje zrealizowanie obowiązku informacyjnego wymagając akceptacji oświadczenia o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym uczestników Projektu oraz personelu projektu, stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.

4. W celu właściwego zapewnienia bezpieczeństwa wszystkich danych, o których mowa w ust. 1, Świadczeniodawca zobowiązuje się do zachowania najwyższej staranności, w tym do postępowania zgodnego z niniejszą umową, rozporządzeniem 2016/679 (RODO) oraz innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
5. Zamawiający upoważnia Świadczeniodawcę do przetwarzania danych osobowych w określonym zakresie w celu prowadzenia dokumentacji projektowej.
6. Świadczeniodawca jest upoważniony do przetwarzania danych przez cały okres realizacji umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się do poinformowania każdej z osób, przy pomocy których wykonuje umowę i które będą miały dostęp do danych uczestników Projektu, o wynikających z umowy obowiązkach w zakresie zachowania poufności, a także do skutecznego zobowiązania i egzekwowania od tych osób obowiązków w zakresie zachowania poufności. Za ewentualne naruszenia tych obowiązków przez osoby trzecie Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność jak za własne działania.

### § 7.

1. W związku z zawarciem i realizacją niniejszej Umowy 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, Zamawiający powierza Świadczeniodawcy 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. Świadczeniodawca nie decyduje o celach i środkach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
4. Świadczeniodawca oświadcza, że stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi RODO.
5. Przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne na podstawie:
  - 1) rozporządzenia nr 1303/2013;
  - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1304/2013”;
  - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - 4) 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).

### § 8.

1. Zamawiający działający w imieniu Powierzającego (Instytucji Pośredniczącej) poleca

Przyjmującemu Zamówienie przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celu zawartej i realizowanej umowy.

- Świadczeniodawca będzie przetwarzał powierzone na podstawie niniejszej umowy zawarte w załącznikach nr 2 i 4.
- Zakres danych osobowych wymienionych w pkt. 2 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.

### § 9.

- Świadczeniodawca zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych mu danych osobowych.
- Świadczeniodawca 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.
- Przed dopuszczeniem do przetwarzania powierzonych danych osobowych Świadczeniodawca jest uprawniony i jednocześnie zobowiązany do:
  - udzielenia pisemnych upoważnień i poleceń do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które zostaną przez nią 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 Świadczeniodawcę, 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 Świadczeniodawca w swojej siedzibie. Świadczeniodawca jest zobowiązany do opracowania wzorów upoważnień, które zawierają wszystkie elementy wskazane w § 11 i 12 niniejszej umowy,
  - przeszkolenia osób uczestniczących w operacjach przetwarzania powierzonych danych w zakresie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityki Świadczeniodawcy w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym z uprawnieniem do przetwarzania danych osobowych wyłącznie zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.
- Fakt wydania upoważnienia przetwarzania danych osobowych Świadczeniodawca odnotowuje w prowadzonej przez siebie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych.
- 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 Świadczeniodawcę z osobą wskazaną w ust. 4. Odwołanie upoważnienia winno nastąpić na piśmie. Świadczeniodawca powinien posiadać przynajmniej jedną osobę legitymującą się imiennym upoważnieniem do przetwarzania danych osobowych odpowiedzialną za nadzór nad zarchiwizowaną dokumentacją do dnia ukończenia realizacji niniejszej umowy.
- W przypadku zmiany osób dedykowanych ze strony Świadczeniodawcy do realizacji umowy, Świadczeniodawca 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. Świadczeniodawca zobowiązuje się do pomocy Zamawiającemu 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. Świadczeniodawca uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje pomaga Zamawiającemu wywiązywać się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO.
  9. Świadczeniodawca, w myśl art. 33 ust. 2 RODO, zobowiązany jest bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 12 godzin od powzięcia informacji o podejrzeniu naruszenia / naruszeniu ochrony danych osobowych, zawiadamia Zamawiającego o podejrzeniu naruszenia ochrony danych osobowych, które nastąpiło u Świadczeniodawcy w formie zgodnej z załącznikiem nr 6 do niniejszej Umowy.
  10. Świadczeniodawca w przypadku podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych:
    - 1) przekazuje informację o podejrzeniu naruszenia oraz przesyła wszelką niezbędną dokumentacją dotyczącą zdarzenia, sukcesywnie bez zbędnej zwłoki.;
    - 2) współpracuje przy ocenie naruszenia i ewentualnym zawiadomieniu o tym organu nadzorczego i osób, których dane dotyczą; przekazuje informacje niezbędne do przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych oraz przeprowadzania uprzednich konsultacji z organem nadzorczym i wdrożenia zaleceń organu;
    - 3) umożliwia Zamawiającemu uczestnictwo w czynnościach wyjaśniających.
  11. W przypadku wystąpienia u Świadczeniodawcy naruszenia ochrony danych osobowych, mogących powodować w ocenie Zamawiającego wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, Świadczeniodawca zgodnie z zaleceniami Zamawiającego, bez zbędnej zwłoki, zawiadamia osoby, których naruszenie ochrony danych osobowych dotyczy.
  12. Świadczeniodawca zobowiązuje się prowadzić rejestr kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu Zamawiającego dla powierzonych danych, który udostępnia Zamawiającemu na każde jego żądanie.
  13. Świadczeniodawca nie będzie udostępniał przetwarzanych na podstawie niniejszej umowy danych osobowych stronom trzecim.
  14. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zwrócenia/usunięcia - w zależności od decyzji Zamawiającego wszelkich danych osobowych (w tym kopii danych) powierzonych przez Zamawiającego w ciągu 5 dni roboczych od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy, chyba że prawo Unii lub prawo polski nakazuje przechowywanie tych danych osobowych.
  15. Świadczeniodawca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Świadczeniodawcę danych osobowych określonych w niniejszej umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Świadczeniodawcy w zakresie dotyczącym wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Zamawiającego.
  16. Świadczeniodawca, bez zbędnej zwłoki, zobowiązuje się do poinformowania Zamawiającego o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania przez Świadczeniodawcę danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez organ nadzorczy, w zakresie, w jakim kontrola ta będzie dotyczyć danych osobowych powierzonych przez Zamawiającego. Zamawiający zobowiązuje Świadczeniodawcę do odebrania od osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych, których wzór opracuje Świadczeniodawca (wymaga akceptacji Zamawiającego) i przechowuje te oświadczenie w swojej siedzibie lub w innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem.

1. Świadczeniodawca oświadcza, iż ma powołanego Inspektora Ochrony Danych:

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

2. Zamawiający, iż ma / nie ma\* powołanego Inspektora Ochrony Danych:

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

### § 11.

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do kontroli prawidłowości przetwarzania przez Świadczeniodawcę powierzonych mu danych osobowych, a w szczególności kontroli realizacji obowiązku zabezpieczenia tych danych. Zamawiający realizuje przysługujące mu prawo kontroli poprzez:
  - 1) żądanie złożenia pisemnych (również w ramach korespondencji e-mail) i ustnych wyjaśnień przez Świadczeniodawcę,
  - 2) realizację kontroli w lokalizacjach Świadczeniodawcy, w których przetwarzane są powierzone dane osobowe. Kontrola może nastąpić za uprzednim, co najmniej 7-dniowym pisemnym powiadomieniem (dopuszczalna jest korespondencja e-mail) Świadczeniodawcę o planowanym przeprowadzeniu kontroli.
  - 3) w przypadku powzięcia przez Zamawiającego wiadomości o naruszeniu przez Świadczeniodawcę zobowiązań wynikających z RODO, czy z przedmiotowej Umowy, Świadczeniodawca umożliwi Zamawiającemu lub podmiotowi upoważnionemu przez Zamawiającego, dokonania niezapowiedzianej kontroli lub audytu, w zakresie, o którym mowa w ust. 1.
2. Kontrolerzy Zamawiającego lub podmiotów przez nich upoważnionych, mają w szczególności prawo:
  - 1) żądać złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień przez osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego;
  - 2) wglądu do wszelkich dokumentów i wszelkich danych mających bezpośredni związek z przedmiotem kontroli oraz sporządzania ich kopii;
  - 3) przeprowadzania oględzin urządzeń, nośników oraz systemu informatycznego służącego do przetwarzania danych osobowych.
3. Świadczeniodawca ma obowiązek zastosować się do wskazań Zamawiającego, mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień lub poprawę stanu bezpieczeństwa danych osobowych. w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych.

### § 12.

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

### § 13.

1. Świadczeniodawca może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy i wyłącznie po uzyskaniu przez Zamawiającego każdorazowej zgody udzielonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Świadczeniodawca przekazuje Zamawiającemu dane podmiotów, którym dane mają zostać powierzone.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić projekt umowy podpowierzenia przetwarzania danych osobowych Zamawiającemu przed uzyskaniem jego zgody oraz

zapewnić, że treść umowy podpowierzenia przetwarzania danych będzie zabezpieczać interes Zamawiającego 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 Świadczeniodawcę w niniejszej umowie. Jeżeli podwykonawca nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków, Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność wobec Zamawiającego 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 Zamawiającego.

#### § 14.

1. Przyjmujący Zamówienie 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. Świadczeniodawca odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem, gdy nie dopełnił obowiązków, które RODO nakłada bezpośrednio na Świadczeniodawcę, lub gdy podmiot działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami Zamawiającego lub wbrew tym instrukcjom.
3. Zamawiający i Świadczeniodawca 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 Zamawiającego przez osobę zainteresowaną, Świadczeniodawca zobowiązuje się do Zamawiającego przy obronie przed tymi roszczeniami, na ile będzie to możliwe.
5. W przypadku, w którym Zamawiający 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 Świadczeniodawcy lub jego Podwykonawcę postanowień Umowy w zakresie ochrony danych osobowych, Świadczeniodawca odpowiada względem Zamawiającego w pełnej wysokości, niezależnie od jakichkolwiek ograniczeń odpowiedzialności przewidzianych w umowie i zobowiązany jest zwrócić Zamawiającemu wszelkie koszty poniesione przez Zamawiającego, w tym w szczególności zwrócić kwotę wypłaconego odszkodowania, zadośćuczynienia lub kary pieniężnej.

#### § 15.

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Zamawiającego 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. Świadczeniodawca oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Zamawiającego w innym celu niż wykonanie postanowień niniejszej umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa.
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.

### § 16.

1. Podpisanie przez Świadczeniodawcę niniejszej Umowy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”, a tym samym zobowiązaniem do informowania opinii publicznej o tym, że realizacja przedmiotu umowy została sfinansowana z udziałem środków finansowych pochodzących z Unii Europejskiej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Świadczeniodawca wyraża zgodę na upublicznienie swoich danych teleadresowych przez Zamawiającego, jako podmiotu realizującego zadania w ramach Projektu.

### § 17.

W razie rozwiązania lub ustania Umowy o współpracy Świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Zamawiającemu dokumentację projektową i inne materiały jakie zebrał lub otrzymał w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

### § 18.

1. Ewentualne spory pomiędzy stronami związane z wykonaniem niniejszej umowy poddane są jurysdykcji sądu właściwego do siedziby Zamawiającego.
2. W sprawach nieregulowanych niniejszą umową, mają zastosowanie przepisy:
  - 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285);
  - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711);
  - 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540);
  - 4) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 z późn. zm.).
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których po jednym otrzymuje Zamawiający i Świadczeniodawca.
5. Załączniki do umowy:
  - 1) Załącznik nr 1 Dane osób udzielających świadczeń gwarantowanych,
  - 2) załącznik nr 2 Formularz Rekrutacyjny,
  - 3) załącznik nr 3 Oświadczenia uczestnika / osoby biorącej udział w realizacji projektu,
  - 4) załącznik nr 4 Ankieta badania profilaktycznego,
  - 5) załącznik nr 5 Rodzaj danych osobowych oraz kategorie osób, których dane dotyczą,
  - 6) załącznik nr 6 Zgłoszenie podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych (wzór).

ZAMAWIAJĄCY

ŚWIADCZENIODAWCA



*Załącznik nr 1  
do umowy nr ZD-II.433.4.2019/...*

**Dane osób udzielających świadczeń gwarantowanych**

Nazwisko i imię.....

Numer PESEL.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

Zawód (lekarz POZ / pielęgniarka POZ).....

Oświadczam, iż nie byłam/em skazana/y za przestępstwo określone w art. 228–230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.

.....

ŚWIADCZENIODAWCA



*Załącznik nr 5  
do umowy nr ZD-II.433.4.2019/...*

### Rodzaj danych osobowych oraz kategorie osób, których dane dotyczą

Kategorie danych osobowych	Kategorie osób, których dane dotyczą
<p>imię, nazwisko, telefon, adres e-mail, PESEL, kraj, adres: ulica, miejscowość, kod pocztowy, nr domu, nr mieszkania; data rozpoczęcia i zakończenia udziału w projekcie, rodzaj przyznanego wsparcia, rodzaj uczestnika, płeć, wiek w chwili przystąpienia do projektu, wykształcenie, województwo, powiat, gmina, obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA), telefon kontaktowy, status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, wykonywany zawód, zatrudniony w (miejsce zatrudnienia), sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie, zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa, rodzaj przyznanego wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia, osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, osoba z niepełnosprawnościami, osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, waga, wzrost</p>	<p>Uczestnicy projektu tj. osoby w wieku 18-64 lata, mieszkańcy województwa podlaskiego, pracownicy sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo</p>
<p><b>Operacje na powierzonych danych osobowych</b></p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> zbieranie, <input checked="" type="checkbox"/> utrwalanie, <input checked="" type="checkbox"/> organizowanie, <input checked="" type="checkbox"/> przeglądanie, <input checked="" type="checkbox"/> ujawnianie danych osobowych poprzez przesyłanie, <input checked="" type="checkbox"/> dopasowywanie</p>	

.....

ZAMAWIAJĄCY

.....

ŚWIADCZENIODAWCA

Załącznik nr 6  
do umowy nr ZD-II.433.4.2019/..

### Zgłoszenie podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych (wzór)

- Zgłoszenie wstępne *Proszę usunąć „o” i wstawić „X” przy właściwej treści*
- Zgłoszenie uzupełniające/zmieniające
- Trwające podejrzenie incydentu/zaistnienia naruszenia

#### Data rozpoczęcia podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia

*Dokładny termin lub czas przybliżony*

D/M/R ..... (godzina, adres, nr pokoju)

#### Sposób stwierdzenia podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia

*Np. zgłoszenie osoby której dane dotyczą czy cykliczny przegląd logów systemowych zgodnie z wdrożoną polityką bezpieczeństwa*

#### Data i czas zakończenia podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia (opcjonalnie)

*Jeśli nie znasz dokładnego terminu, podaj czas przybliżony. Nie należy wypełniać jeżeli naruszenie trwa nadal* D/M/R .....

#### Komentarz do czasu podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia (opcjonalnie)

*Proszę podać więcej szczegółów dotyczących czasu naruszenia i uzasadnić dlaczego nie są znane dokładne terminy zaistnienia zdarzenia*

#### Charakter możliwości naruszenia:

- Naruszenie poufności danych *Wstaw X przy właściwej treści  
Nieuprawnione lub przypadkowe ujawnienie  
bądź udostępnienie danych*
- Naruszenie integralności danych *Wprowadzenie nieuprawnionych zmian podczas  
odczytu, zapisu, transmisji lub przechowywania*
- Naruszenie dostępności danych *Brak możliwości wykorzystania danych na żądanie,  
w założonym czasie, przez osobę do tego uprawnioną*

#### Na czym polegało zdarzenie?

*Wstaw X przy właściwej treści.*

*Można usunąć nieprzydatne przykłady*

- Zgubienie lub kradzież nośnika/urządzenia
- Dokumentacja papierowa (zawierająca dane osobowe) zgubiona, skradziona lub pozostawiona w niezabezpieczonej lokalizacji
- Korespondencja papierowa utracona przez operatora pocztowego lub otwarta przed zwróceniem do nadawcy
- Nieuprawnione uzyskanie dostępu do informacji
- Nieuprawnione uzyskanie dostępu do informacji poprzez złamanie zabezpieczeń
- Złośliwe oprogramowanie ingerujące w poufność, integralność i dostępność danych
- Uzyskanie poufnych informacji poprzez pozornie zaufaną osobę w oficjalnej komunikacji elektronicznej, takiej jak e-mail czy komunikator internetowy (phishing)
- Nieprawidłowa anonimizacja danych osobowych w dokumencie
- Nieprawidłowe usunięcie/zniszczenie danych osobowych z nośnika/urządzenia elektronicznego przed jego zbyciem przez administratora
- Niezamierzona publikacja
- Dane osobowe wysłane do niewłaściwego odbiorcy
- Ujawnienie danych niewłaściwej osobie
- Ustne ujawnienie danych osobowych
- Zdarzenie dotyczy dziecka/dzieci - w związku ze świadczeniem usług społeczeństwa informacyjnego skierowanego do dziecka/dzieci
- Inne.....

**Przyczyna zdarzenia:**

- Wewnętrzne działanie w podmiocie/organizacji/urzędzie
- Zewnętrzne działanie w podmiocie/organizacji/urzędzie
- Inne przyczyny: .....

**Szczegółowy opis danych, które zostały lub mogły zostać ujawnione:**

- Dane identyfikacyjne *np. imię i nazwisko, login, hasło (zapisane otwartym tekstem lub hashowane), nr dowodu osobistego/paszportu, adres IP, nr tel. stacjonarnego/komórkowego,*
- Krajowy nr identyfikacyjny (PESEL)
- Dane kontaktowe *np. e-mail, nr tel. stacjonarnego/komórkowego, adres korespondencyjny*
- Dane ekonomiczne i finansowe *np. historie transakcji, faktury, dane o rachunkach bankowych*
- Oficjalne dokumenty *np. akty notarialne, legitymacje*
- Dane lokalizacyjne *np. GPS, miejsce zamieszkania.*
- Inne *Opisz kategorie danych.....*

*Proszę wymienić/opisać te dane .....*

**Dane szczególnej kategorii:**

- Dane o pochodzeniu rasowym lub etnicznym
- Dane o poglądach politycznych
- Dane o przekonaniach religijnych lub światopoglądowych
- Dane o przynależności do związków zawodowych
- Dane dotyczące seksualności lub orientacji seksualnej
- Dane dotyczące zdrowia
- Dane genetyczne
- Dane biometryczne w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej

**Dane, o których mowa w art. 10 RODO:**

- Dane dotyczące wyroków skazujących
- Dane dotyczące czynów zabronionych
- Inne *Opisz .....*

**Przybliżona liczba wpisów danych osobowych, których dotyczy zdarzenie .....**

*Nie dotyczy to liczby osób. Jednej osobie można przypisać kilka wpisów/operacji*

**Kategorie osób:**

- Pracownicy
- Użytkownicy
- Subskrybenci
- Studenci
- Uczniowie
- Klienci
- Pacjenci
- Dzieci
- Osoby o szczególnych potrzebach *np. osoby starsze, niepełnosprawne itp.*
- Inne .....

**Przybliżona liczba osób, których mogło dotyczyć zdarzenia .....**

**ŚRODKI BEZPIECZEŃSTWA ZASTOSOWANE PRZED PODEJRZENIEM INCYDENTU / ZAISTNIENIEM NARUSZENIEM DOTYCZĄCYM TEGO ZDARZENIA**

.....

**MOŻLIWE KONSEKWENCJE DLA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

- Utrata kontroli nad własnymi danymi osobowymi

- Ograniczenie możliwości realizowania praw z art. 15 – 22 RODO
- Dyskryminacja
- Kradzież lub sfałszowanie tożsamości
- Strata finansowa
- Naruszenie dobrego imienia
- Utrata poufności danych osobowych chronionych tajemnicą zawodową
- Nieuprawnione odwrócenie pseudonimizacji
- Inne .....

**Ryzyko naruszenia praw i wolności osób fizycznych**

- Niskie
- Średnie
- Wysokie

**ŚRODKI ZARADCZE**

**Komunikacja z osobami, których dane dotyczą**

**Czy osoby, których dane dotyczą, zostaną powiadomione o zdarzeniu?**

- Tak

Proszę opisać czy każda osoba, której dotyczy podejrzenie naruszenia zostanie powiadomiona, w jaki sposób (na e-maila, pisemnie itp.)

.....  
Proszę wskazać datę, kiedy osoby, których dane dotyczą, zostaną powiadomione o zdarzeniu .....  
lub proszę wpisać „nie znam jeszcze daty kiedy zamierzam powiadomić osoby, których dane dotyczą/nie dotyczy”

Liczba osób, które zostaną powiadomione .....

Środki komunikacji, jakie zostaną wykorzystane do zawiadomienia osoby, której dane dotyczą

.....  
Proszę przedstawić/załączyć proponowaną do wysłania treść zawiadomienia osób, których dane dotyczą zdarzenia

- Nie, ponieważ:
  - Przed zdarzeniem wdrożono odpowiednie techniczne i organizacyjne środki ochrony i środki te zostały zastosowane do danych osobowych, których dotyczy naruszenie, w szczególności środki takie jak szyfrowanie, anonimizacja czy pseudonimizacji uniemożliwiający odczyt osobom nieuprawnionym do dostępu do tych danych

*Proszę opisać te środki .....*

- Nie ocenilem

**Środki w celu zaradzenia podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia ochrony danych osobowych**

Proszę opisać dodatkowe środki zastosowane lub proponowane w celu zminimalizowania ewentualnych negatywnych skutków podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia

**Transgraniczne przetwarzania**

Czy w przypadku oceny Administratora, iż doszło do naruszenie danych osobowych/naruszenia ochrony danych osobowych zostanie wystosowane zgłoszenie innemu organowi nadzorcemu UE / spoza UE (opcjonalnie) Proszę podać kraj/e

.....  
Czy w przypadku oceny Administratora, iż doszło do naruszenie danych osobowych/naruszenia ochrony danych osobowych zostanie wystosowane zgłoszenie innemu organowi UE/ spoza UE z powodu innych zobowiązań prawnych (opcjonalnie) Wymień inne organy, którym naruszenie zostanie zgłoszone z powodu innych zobowiązań prawnych

.....  
**Podpis osoby dokonującej zgłoszenia**

### FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego
Nr projektu	WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19
Lider projektu – Województwo Podlaskie, Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo <input type="checkbox"/> w wieku 18-64 lata <input type="checkbox"/> mieszkaniec województwa podlaskiego	
Zatrudniony/a w (nazwa i adres):	NIP lub REGON podmiotu gospodarczego

#### I. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		

#### II. Dane kontaktowe

Powiat	Gmina		Miejscowość
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail			

#### IV. Szczegóły i rodzaj wsparcia

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inny



<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<b>Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe):</b>		
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego, <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego, <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia, <input type="checkbox"/> rolnik,	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu, <input type="checkbox"/> inny	
<b>Zatrudniony w (nie dotyczy rolników):</b>		

V. Status w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak jaki stopień .. rodzaj niepełnosprawności .. <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie*

\* w przypadku zaznaczenia, uczestnik projektu oświadcza, że odmawia udzielną odpowiedzi

*podpis Uczestnika/czki*

Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie	
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie	

*Data i miejscowość*

*Podpis Uczestnika/czki*

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do do czynności/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl)). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel. +48 (22) 25 00 130, e-mail: [kancelaria@mfi.gov.pl](mailto:kancelaria@mfi.gov.pl));
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej - [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl), Województwo Podlaskie - [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku - [iod@wup.wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wup.wrotapodlasia.pl), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce - [iod@spzoz.hajnówka.pl](mailto:iod@spzoz.hajnówka.pl));
- 3) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów art. 68a *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Pośredniczącej – Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: [kancelaria@wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl), [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl)) beneficjentowi realizującemu projekt Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: [kancelaria@wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl), [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl)), partnerowi projektu –

Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Hajnówce ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;

- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt. 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki projektu



## ANKIETA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

### „Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”

#### I. Dane ogólne

Imię i nazwisko:	
Wysokość (cm)	
Masa ciała (kg)	

#### II. Czynniki ryzyka chorób odkleszczowych

- Jak często uczęszcza Pan/i do lasu/na tereny rolne?
  - codziennie
  - raz w tygodniu
  - raz w miesiącu
  - sporadycznie
- Czy zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?
  - tak – proszę przejść do pytania 3
  - nie – proszę przejść do pytania 4
- Jak często zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?
  - codziennie
  - raz w tygodniu
  - raz w miesiącu
  - sporadycznie
- Czy jest Pan/i świadomy ryzyka chorób odkleszczowych jakie niesie ze sobą przebywanie na terenach leśnych/rolnych?
  - tak
  - nie
- Czy stosuje Pan/i środki ochrony przed kleszczami?
  - tak – proszę przejść do pytania 6
  - nie – proszę przejść do pytania 7
- Jakie środki ochrony przed kleszczami Pan/i stosuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?
  - repelenty
  - odzież ochronną
  - dokładne oglądanie ciała po powrocie z lasu
  - inne – proszę wymienić .....
- Czy był Pan/i kiedykolwiek szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
  - tak – proszę przejść do pytania 8 i 9
  - nie – proszę przejść do pytania 10
- Czy przebył(a) Pan/i pełny cykl szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
  - tak – proszę podać ile dawek .....
  - nie
- Kiedy był Pan/i szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
  - w tym roku
  - 2-5 lat temu
  - 6-10 lat temu
  - powyżej 10 lat temu
- Dlaczego Pan/i nie szczepił(a) się przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?
  - zbyt wysoki koszt szczepienia
  - nie wiedziałem(am), że istnieje szczepienie
  - jestem przeciwnikiem szczepień
  - inne przyczyny – proszę podać.....

### III. Ekspozycja na pokłucie przez kleszcza

11. Czy był Pan/i kiedykolwiek pokłuty(a) przez kleszcza?  
a) tak – proszę przejść do pytania 12 i 13      b) nie
12. Ile razy był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza w życiu?  
a) 1      c) 6-10  
b) 2-5      d) powyżej 10
13. Kiedy ostatnio był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza?  
a) w ciągu ostatniego miesiąca      c) 3-12 miesięcy temu  
b) miesiąc – 3 miesiące temu      d) ponad rok temu

### IV. Wywiad odnośnie przebycia chorób przenoszonych przez kleszcze

14. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?  
a) tak – proszę przejść do pytania 15      b) nie – proszę przejść do pytania 16
15. Kiedy przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?  
a) w tym roku      c) 6-10 lat temu  
b) 2-5 lat temu      d) powyżej 10 lat temu
16. Czy miał Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu?  
a) tak – proszę podać wynik      b) nie
17. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i boreliozę?  
a) tak – proszę podać jaką postać boreliozy.....  
a następnie przejść do pytania 18      b) nie – proszę przejść do pytania 19
18. Kiedy przebył(a) Pan/i boreliozę?  
a) w tym roku      c) 6-10 lat temu  
b) 2-5 lat temu      d) powyżej 10 lat temu
19. Czy miał(a) Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku boreliozy w ostatnim roku?  
a) tak – proszę podać wynik      b) nie
20. Czy uważa Pan/i, że borelioza jest chorobą uleczalną?  
a) tak      b) nie
21. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?  
a) tak – proszę przejść do pytania 22      b) nie – proszę przejść do pytania 23
22. Kiedy przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?  
a) w tym roku      c) 6-10 lat temu  
b) 2-5 lat temu      d) powyżej 10 lat temu
23. Skąd czerpie Pan/i wiedzę na temat chorób odkleszczowych?  
a) internet      c) lekarz specjalista chorób zakaźnych  
b) lekarz POZ      d) inne, proszę wymienić jakie.....

## V. Obecne dolegliwości

24. Czy w ostatnich 12 miesiącach zauważył Pan/Pani następujące objawy (proszę zaznaczyć które)?  
Lista objawów:

- bóle stawów: proszę podać których.....
- bóle mięśni: proszę podać których.....
- powiększenie węzłów chłonnych: proszę podać których.....
- wysypka: proszę podać charakter wysypki.....
- utrata masy ciała: proszę podać ile kg.....
- zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: proszę podać które: biegunki, zaparcia, domieszkę krwi w kale, zmiana rytmu wypróżnień.....
- kaszel: proszę podać jak często oraz charakter kaszlu: suchy/mokry.....
- bóle głowy: proszę podać jak często.....
- gorączka: proszę podać jak często i jak wysoka.....
- osłabienie: proszę podać jak długo.....
- zmęczenie: proszę podać jak długo.....
- wymioty:.....

<b>Ocena ryzyka chorób</b>	
1. ryzyko boreliozy	tak/nie
2. ryzyko kleszczowego zapalenia mózgu	tak/nie
3. brak ryzyka	tak/nie

<b>Zalecenia dla pacjenta</b>	
1. Repelenty	tak/nie
2. Odzież ochronna	tak/nie
3. Szybkie usuwanie kleszczy	tak/nie
4. Skierowanie na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej	tak/nie

Data i miejscowość

Podpis lekarza/ki POZ lub Podpis pielęgniarka/ki POZ

Potwierdzenie przeprowadzonej edukacji dotyczącej profilaktyki chorób odkleszczowych.

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika Projektu

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania  
w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”  
Nr projektu WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19

Projekt realizowany od 01.03.2020 do 30.09.2023

Ilekoć w Regulaminie używany jest zwrot:

**Lider projektu** – należy przez to rozumieć Województwo Podlaskie;

**Partner** – należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce;

**Realizator projektu** – Lider projektu i Partner;

**Biuro projektu** – oznacza to biuro główne projektu mieszczące się w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, VI p. pokój nr 611;

**Uczestnik/Uczestniczka projektu** – osoba zakwalifikowana do projektu według wymagań zawartych w Regulaminie;

**Pracownik sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo** – pracownik podmiotu gospodarczego z sekcji A – rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo zgodnie z klasyfikacją kodów PKD;

**Rolnik** - pełnoletnia osoba fizyczna, zamieszkująca i prowadząca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność rolniczą w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, w tym również w ramach grupy producentów rolnych, a także osobę, która przeznaczyła grunty prowadzonego przez siebie gospodarstwa rolnego do zalesienia;

**Rybak** - każdy członek załogi statku rybackiego, z wyjątkiem osoby okazjonalnie wykonującej na statku rybackim pracę niezwiązaną z połowem organizmów morskich;

**Myśliwy** - osoba uprawniona do wykonywania polowania;

**Szkolenie** – szkolenia zgodne z tematyką projektu, dedykowane dla uczestników projektu;

**Miejsce zamieszkania** – należy przez to rozumieć miejscowość, w której osoba fizyczna przebywa z zamiarem stałego pobytu zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego.

## § 1

### Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady i warunki rekrutacji do projektu pt. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa II. Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Priorytet Inwestycyjny 8.6 Aktywne i zdrowe starzenie się.
2. Projekt realizowany jest przez partnerstwo, w którego skład wchodzi:
  - a) Województwo Podlaskie – Lider projektu;
  - b) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce – Partner projektu.
3. Projekt realizowany jest w okresie od 01.03.2020 r. do 30.09.2023 r.
4. Biuro projektu prowadzone jest przez Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego

Województwa Podlaskiego, ul. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, VI p. pokój 611. Biuro projektu czynne jest w dni robocze, w poniedziałek od 8.00 do 16.00 oraz od wtorku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.30. Informacje na temat naboru i udziału w projekcie można otrzymać pod numerem telefonu 84 665 44 68 oraz znaleźć na stronie internetowej [www.wrotapodlasia.pl](http://www.wrotapodlasia.pl) w zakładce „zdrowie”.

5. Celem głównym projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.
6. Projekt skierowany jest do:
  - a) 12 833 osób w wieku 18-64 lat pracujących w sektorze rolnictwa, rybactwa, łowiectwa zamieszkałych na terenie powiatów: hajnowskiego, sokólskiego, sejneńskiego;
  - b) 31 213 osób w wieku 18-64 lat, zatrudnionych w podmiotach gospodarczych z sekcji rolnictwo, leśnictwo, rybactwo, łowiectwo, zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego;
  - c) 189 osób, pracowników kadry medycznej (lekarze POZ, lekarze uprawnieni do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarki POZ), zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego;
  - d) 3 042 osób podmiotów gospodarczych związanych z sektorem rolnictwa, rybactwa, łowiectwa zamieszkałych na terenie województwa podlaskiego.

## § 2

### Adresaci projektu

Uczestnikami/czkami projektu mogą być wyłącznie (kryterium grupy docelowej):

- a) z zakresu szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), osoba, która spełnia łączne kryteria:
  - w chwili przystąpienia do projektu ma ukończone 18 lat ale nie więcej niż 64 lata;
  - zamieszkuje powiat: hajnowski lub sejneński lub sokólski;
  - pracuje w sekcji gospodarczej rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo.
- b) z zakresu uczestnictwa w poradzie profilaktycznej i ankiecie badania profilaktycznego, osoba, która, spełnia łącznie kryteria:
  - w chwili przystąpienia do projektu ma ukończone 18 lat ale nie więcej niż 64 lata;
  - zamieszkuje województwo podlaskie;
  - pracuje w sekcji gospodarczej rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo.
- c) z zakresu szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ) osoba, która spełnia jedno z kryterium:
  - jest lekarzem uprawnionym do sprawowania medycznej opieki profilaktycznej nad osobami pracującymi na terenie województwa podlaskiego i zamieszkuje województwo podlaskie;
  - jest pielęgniarką/rzem POZ i zamieszkuje województwo podlaskie;
  - jest lekarzem POZ i zamieszkuje województwo podlaskie.
- d) z zakresu szkolenia dla podmiotów gospodarczych, podmiot sekcji gospodarczej rolnictwo, rybactwo, łowiectwo.

## § 3

### Formy wsparcia

W ramach Projektu Uczestnicy/czki skorzystają z następujących form wsparcia:

- a) 12 833 osoby otrzymają wsparcie w postaci szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu i uczestnictwa w ankiecie badania profilaktycznego;
- b) 31 213 osób otrzyma wsparcie w postaci uczestnictwa w poradzie profilaktycznej i ankiecie badania profilaktycznego;
- c) 189 osób otrzyma wsparcie w postaci 6-godzinnego szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ) z zakresu sytuacji epidemiologicznej, chorób przenoszonych przez kleszcze w Polsce, Europie, na świecie, obrazu klinicznego i powikłań boreliozy oraz KZM, trudności diagnozowania chorób przenoszonych przez kleszcze oraz wynikających z nich problemów, wytycznych dotyczących leczenia chorób przenoszonych przez kleszcze oraz możliwości profilowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji oraz stosowania szczepień;
- d) 3 042 podmiotów otrzyma wsparcie w postaci 2-godzinnego szkolenia dla podmiotów gospodarczych z sekcji rolnictwo w zakresie przedstawienia zagrożenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze w Polsce i województwie podlaskim, scharakteryzowania obrazu klinicznego i powikłań boreliozy z Lyme oraz kleszczowego zapalenia mózgu oraz możliwości profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze, zwłaszcza z perspektywy pracodawcy.

#### § 4

#### Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja do projektu prowadzona będzie w sposób otwarty, zgodnie z zasadą bezstronności, równości szans, w tym płci, jawności i przejrzystości.
2. Nabór do projektu będzie prowadzony w trybie ciągłym w okresie realizacji projektu.
3. Zgłoszenia będą przyjmowane na każdą formę wsparcia osobno.
4. Dokumenty rekrutacyjne dostępne będą w Biurze projektu oraz w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych i w miejscu szkoleń.
5. Potencjalni Uczestnicy/czki mogą dokonać zgłoszenia:
  - a) osobiście, składając komplet wymaganych dokumentów w Biurze projektu lub w miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego,
  - b) pocztą tradycyjną na adres Biura projektu,
  - c) poprzez przesłanie dokumentów e-mailem do Biura projektu na adres: [zdrowie@wrotapodlasia.pl](mailto:zdrowie@wrotapodlasia.pl) lub [spzoz@hajnowka.pl](mailto:spzoz@hajnowka.pl).
6. Oryginały dokumentów w wersji papierowej należy złożyć najpóźniej podczas otrzymania pierwszej formy wsparcia.
7. W przypadku zgłoszenia się na daną formę wsparcia większej liczby uczestników niż określono, przy kwalifikacji uwzględniać się będzie kolejność dostarczenia kompletnych dokumentów rekrutacyjnych.
8. Realizator projektu informuje o zakwalifikowaniu i niezakwalifikowaniu do udziału w projekcie drogą telefoniczną lub mailową.
9. Dokumenty złożone przez Uczestników/czki projektu nie podlegają zwrotowi i będą archiwizowane przez Realizatorów projektu.
10. Rekrutacja będzie prowadzona z uwzględnieniem kryteriów włączenia dla uczestników projektu.
11. Beneficjent będzie dążył do osiągnięcia rezultatów i wskaźników założonych w projekcie.
12. Warunkiem udziału w procesie rekrutacji jest złożenie kompletnych dokumentów rekrutacyjnych.

## § 5

### **Prawa i obowiązki uczestników/czek**

1. Każdy uczestnik/czka ma prawo do:
  - a) nieodpłatnego udziału w projekcie,
  - b) zgłaszania uwag dotyczących form wsparcia i innych spraw organizacyjnych dotyczących projektu,
  - c) zgłaszania zastrzeżeń odnośnie realizacji projektu.
2. Każdy uczestnik/czka zobowiązany/a jest do:
  - a) przestrzegania niniejszego Regulaminu,
  - b) osobistego udziału w wybranej formie wsparcia i potwierdzania uczestnictwa własnoręcznym podpisem na listach obecności i ankietach
  - c) wypełnienie ankiet rekrutacyjnych i ewaluacyjnych przed przystąpieniem do projektu, podczas jego trwania i po zakończeniu usługi;
  - d) do natychmiastowego powiadomienia Biura Projektu o przerwaniu udziału w wybranej formie wsparcia.
3. W przypadku zdarzeń losowych warunki zakończenia udziału w projekcie rozpatrywane będą indywidualnie.

## § 6

### **Monitoring projektu**

1. Monitoring ma na celu zapewnienie zgodności realizacji projektu z założeniami i celami projektu. Monitorowanie spełnia funkcję wewnętrznej kontroli realizacji zadań. Kontrola ta obejmuje kontrolę bieżącą, czyli ocenę skuteczności poszczególnych działań oraz sposobu ich realizacji oraz kontrolę końcową – sprawdzenie czy wytyczone cele zostały zrealizowane.
2. Uczestnicy/czki projektu podlegają procesowi monitoringu, który ma celu ocenę skuteczności działań projektowych i ich zgodności z Umową o finansowaniu kosztów.
3. Uczestnik/czka zobowiązuje się, w zakresie realizacji Umowy o finansowaniu kosztów, poddać się kontroli przeprowadzanej przez Lidera lub inną instytucję uprawnioną do przeprowadzania kontroli na podstawie odrębnych przepisów lub upoważnienia oraz zobowiązuje się do przedstawiania na pisemne wezwanie Lidera wszelkich informacji i wyjaśnień związanych z realizacją wybranych form rehabilitacji lub szkoleń, o których mowa w Umowie o finansowaniu kosztów, w terminie określonym w wezwaniu.
4. Lider projektu może przeprowadzić wizytę monitoringową na miejscu realizacji wybranej przez Uczestnika/czkę formy szkoleniowej. Celem wizyty monitoringowej jest sprawdzenie faktycznego dostarczenia usługi. Uczestnik/czka o kontroli w miejscu realizacji usługi szkoleniowej (wizyta monitoringowa) nie jest informowany.
5. Uczestnik/czka zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Lidera o wszelkich zmianach i problemach w realizacji usługi szkoleniowej i rehabilitacyjnej.

## § 7

### **Postanowienia końcowe**

1. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu w przypadku zmian w dokumentach programowych w ramach EFS, przepisach prawnych, jak również w przypadku konieczności dostosowania zapisów Regulaminu do aktualnych potrzeb projektu.

2. Realizator projektu zastrzega sobie ostateczną interpretację zapisów niniejszego Regulaminu.
3. Sprawy nie regulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez Realizatora projektu w porozumieniu z Instytucją Pośredniczącą RPO WP 2014-2020.
4. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania i jest dostępny w Biurze projektu oraz na stronie internetowej Województwa Podlaskiego.