



*Załącznik  
do Uchwały nr 297/5526/2022  
z dnia 20 października 2022 r.*

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

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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

#### **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.**

1. Przedmiotem konkursu jest organizowanie oraz udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porad lekarskich i/lub pielęgniarskich tj. porady wraz z ankietą badania profilaktycznego z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.
2. Świadczenia 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 pielęgniarskiej na podstawie Ankiety badania profilaktycznego.
3. Termin obowiązywania umowy: od dnia zawarcia do 31 sierpnia 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 17 listopada 2022 r. do godz. 15.30.
7. Otwarcie ofert nastąpi 18 listopada 2022 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.433.4.2019/3/3**

**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**



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 pielęgniarstkich 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**

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.

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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2017 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050).
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. z 2022 r. poz. 402).

## **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.
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) lub pielęgniarzką podstawowej opieki zdrowotnej (zgodnie z definicją pielęgniarzki POZ zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).



4. Oferent powinien dysponować zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach ogłoszenia o konkursie (obiekt przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami).
5. Oferent powinien realizować świadczenia gwarantowane na terenie i na rzecz mieszkańców powiatów: białostockiego, augustowskiego, bielskiego, łomżyńskiego, grajewskiego, siemiatyckiego, zambrowskiego, monieckiego, kolneńskiego lub suwalskiego, miast Białystok, Łomża lub Suwałki.
6. Oferent powinien realizować świadczenia zdrowotne w sposób umożliwiający dostępność świadczeń dla osób pracujących, poprzez dogodne terminy ich udzielania.
7. Oferent powinien realizować świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający stosowanie zasady równości szans i niedyskryminacji, a także równości szans kobiet i mężczyzn.
8. 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**

1. Formularz oferty – załącznik nr 1 i 2.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 3 i 4.
3. Projekt umowy – załącznik nr 5.
4. Formularz rekrutacyjny – załącznik nr 2 do projektu umowy.
5. Oświadczenie uczestnika projektu – załącznik nr 3 do projektu umowy.
6. Ankieta badania profilaktycznego – załącznik nr 4 do projektu umowy.

#### **V. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

1. Zawarcie umowy na czas określony tj. od dnia zawarcia umowy do 31 lipca 2023 r.
2. Zamawiający podpisze umowę z wybranymi Oferentami w terminie nie później niż do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia wyniku konkursu.
3. Zaoferowana cena /PLN/ brutto za świadczenia będzie obowiązywać przez czas trwania umowy.

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

1. Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w postaci porad lekarskich i /lub pielęgniarских w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych udzielanych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie i na rzecz mieszkańców powiatów województwa podlaskiego tj.: augustowskiego, suwalskiego, białostockiego, monieckiego, kolneńskiego, siemiatyckiego, zambrowskiego, łomżyńskiego, grajewskiego lub bielskiego oraz miast Białystok, Łomża lub Suwałki.
2. Świadczenia będą udzielane uczestnikom projektu tj. osobom które pracują w sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo lub rybactwo zgodnie z klasyfikacją PKD 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 ogłoszenia o konkursie ofert. Przewidywany czas porady to 15 minut.
5. W przypadku braku możliwości kontaktu bezpośredniego z pacjentem spowodowanego sytuacją epidemiczną wirusem SARS-CoV-2 dopuszcza się świadczenie realizowane w formie elektronicznej (teleporady).
6. W związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego Zamawiający przekazuje 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.
- Ofertę należy złożyć (w zamkniętej kopercie z napisem j.w. pkt 1) lub przesłać do siedziby Zamawiającego **do dnia 17 listopada 2022 r. do godz. 15:30.**
  - Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
  - Oferty nadane jako przesyłka pocztowa, które będą dostarczone po wyznaczonym terminie (i wyznaczonej godzinie) zostaną zwrócone Oferentowi bez otwierania.
  - O każdej zmianie lub modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert Zamawiający informuje na stronie internetowej Zamawiającego.
  - W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert.
  - 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

- 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):
  - wypełniony formularz ofertowy stanowiący załączniki nr 1 i 2 do ogłoszenia o konkursie ofert;
  - odpis właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (może zostać złożony w formie aktualnego wydruku elektronicznego poświadczonego podpisem Oferenta);
  - odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy);
  - 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);
  - 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.
- 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.
- 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

- Komisja konkursowa:
  - stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - otwiera koperty z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w ogłoszeniu o konkursie ofert,
  - 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) oddała wszystkie złożone oferty, jeżeli nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Zamawiający zaplanował wyłonienie Oferentów w przedmiotowym konkursie do realizacji łącznie 27 993 świadczeń w rozłożeniu na poszczególne powiaty i miasta:
  - 1) białostocki – 5360 świadczeń,
  - 2) augustowski – 2390 świadczeń,
  - 3) bielski - 1940 świadczeń,
  - 4) łomżyński - 2700 świadczeń,
  - 5) grajewski - 1800 świadczeń,
  - 6) siemiatycki - 2700 świadczeń,
  - 7) zambrowski - 1360 świadczeń,
  - 8) moniecki - 2443 świadczeń,
  - 9) kolneński - 1730 świadczeń,
  - 10) suwalski - 2570 świadczeń,
  - 11) m. Suwałki - 1000 świadczeń,
  - 12) m. Łomża - 1000 świadczeń,
  - 13) m. Białystok - 1000 świadczeń.
9. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Komisja konkursowa kieruje się kryterium: ceny - waga kryterium 100%. Ocena dokonywana jest dla ceny za pojedyncze 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 OFERTĄ**

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. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu - nazwa /firma/ lub imię i nazwisko Oferenta, który został wybrany, zostaną opublikowane na stronie internetowej Zamawiającego niezwłocznie po rozstrzygnięciu 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 koniecznym do rozpatrzenia złożonej oferty oraz zawarcia umowy w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert nr ZD-II.433.4.2019/3/3, 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.



Załącznik nr 1

.....  
*pieczęć Oferenta*

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

1.	Nazwa Oferenta	
2.	Adres Oferenta	
3.	Nr telefonu i osoba wyznaczona 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.433.4.2019/3/3**

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
		<p>.....zł</p> <p><i>słownie</i> ..... zł</p> <p>...../100</p>		
		<p>.....zł</p> <p><i>słownie</i> ..... zł</p> <p>...../100</p>		

*(podpis i pieczęć Oferenta)*



Załącznik nr 3

.....  
*pieczęć Oferenta*

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

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)*



Załącznik nr 4

.....  
*pieczęć Oferenta*

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert nr ZD-II.433.4.2019/3/3 na świadczenia zdrowotne gwarantowane.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu, 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 w konkursie ofert nr ZD-II.433.4.2019/3/3.

*(podpis i pieczęć Oferenta)*



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

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 .....2022 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 31 sierpnia 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 § 1 ust. 1, w okresie trwania umowy nie będą finansowane z innych źródeł.
  8. Po zawarciu umowy Świadczeniodawca jest obowiązany przysyłać do wiadomości Funduszu 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 21 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 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 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.

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.

### § 7.

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.

### § 8.

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 z późn. zm.);
  - 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.);
  - 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.

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/ka POZ / pielęgniarz/ka 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 2

### 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 podmiotu gospodarczego

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

Imię	Nazwisko	PESEL

#### II. Dane kontaktowe

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

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

Data i miejscowość

Podpis Uczestnika/czki

Załącznik nr 3

## 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: [kancelaria@wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl), [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.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





12. Ile razy był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza w życiu?

- a) 1  
b) 2-5  
c) 6-10  
d) powyżej 10

13. Kiedy ostatnio był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza?

- a) w ciągu ostatniego miesiąca  
b) miesiąc – 3 miesiące temu  
c) 3-12 miesięcy 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  
b) 2-5 lat temu  
c) 6-10 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 pyt. 18  
b) nie – proszę przejść do pytania 19

18. Kiedy przebył(a) Pan/i boreliozę?

- a) w tym roku  
b) 2-5 lat temu  
c) 6-10 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  
b) 2-5 lat temu  
c) 6-10 lat temu  
d) powyżej 10 lat temu

23. Skąd czerpie Pan/i wiedzę na temat chorób odkleszczowych?

- a) internet  
b) lekarz POZ  
c) lekarz specjalista chorób zakaźnych  
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 lub Podpis pielęgniarki/ki POZ

Potwierdzenie przeprowadzonej edukacji dotyczącej profilaktyki chorób odkleszczowych.

Data i miejscowość  
Podpis Uczestnika Projektu



**UMOWA NR .....  
POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

zwana dalej „Umową powierzenia”

zawarta w dniu ..... r. w Białymstoku pomiędzy:

**WOJEWÓDZTWEM PODLASKIM**, zwanym w treści umowy powierzenia **Administratorem**, w imieniu którego działa Zarząd Województwa Podlaskiego z siedzibą w Białymstoku przy ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, reprezentowany przez:

1. ....

2. ....

a

.....  
.....

zwanym/zwana dalej „**Podmiotem przetwarzającym**”, reprezentowanym przez:

.....

zwanymi następnie łącznie „Stronami”, o następującej treści:

**§ 1**

**Powierzenie do przetwarzania danych osobowych**

1. W związku z realizacją umowy nr **ZD-II.433.4.2019/3/** ..... z dnia ..... 2022 r. w ramach przetwarzania danych osobowych w procesie Rejestru Czynności Przetwarzania: *nr. 172 Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego* oraz w procesie Rejestru Kategorii Przetwarzania: *nr. 3 Przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego 2014-2020 w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy* powierzono przetwarzającemu dane osobowe do przetwarzania:

- 1) na podstawie art. 28 ust. 3 i 9 Rozporządzenie 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), zwanego dalej RODO, dane osobowe do przetwarzania określone Załączniku nr 1 do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 2) na podstawie art. 28 ust. 4 i 9 Rozporządzenie 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), zwanego dalej RODO, dane osobowe do dalszego przetwarzania określone w Załączniku nr 1 do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

**§ 2**

**Oświadczenia stron**

1. Administrator oświadcza, iż jest Administratorem w stosunku do danych określonych w załączniku nr 1 do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO, powierzanych do przetwarzania danych osobowych.
2. Administrator oświadcza, iż jest innym podmiotem przetwarzającym w stosunku do danych określonych w Załączniku nr 1 do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz że spełnia warunki legalności przetwarzania danych osobowych i jest uprawniony przez Administratora do dalszego powierzenia danych osobowych w celach zgodnych z umową o której mowa w §1.
3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż dysponuje odpowiednimi środkami technicznymi i organizacyjnymi, doświadczeniem, wiedzą i wykwalifikowanym personelem, umożliwiającymi mu prawidłowe wykonanie niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, spełnienie wymogów RODO oraz gwarantuje ochronę praw osób, których dane dotyczą.
4. Podmiot przetwarzający na potwierdzenie gwarancji, o których mowa w ust. 3, zgodnie z wymogiem art. 28 ust. 1 RODO, przekazał Administratorowi opis wdrożonych mechanizmów zapewniających



bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

### § 3

#### **Cel przetwarzania, kategorie danych osobowych oraz kategorie osób, których dane dotyczą**

1. Kategorie danych osobowych oraz kategorie osób, których dane dotyczą w zakresie niezbędnym do realizacji Umowy, o którym mowa w § 1, powierzone Podmiotowi przetwarzającemu do przetwarzania zostały określone w Załączniku nr 1 niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
2. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w formie papierowej na adres ul. Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. K. St. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok oraz w formie elektronicznej. Przesyłanie danych osobowych pocztą elektroniczną dopuszczalne jest tylko w postaci zaszyfrowanej na adres mailowy [zdrowie@wrotapodlasia.pl](mailto:zdrowie@wrotapodlasia.pl). Przesłanie hasła odbywa się innym kanałem komunikacji.
3. Powierzone przez Administratora dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu realizacji usług świadczeń medycznych.

### § 4

#### **Zasady przetwarzania danych przez Podmiot przetwarzający**

1. Podmiot przetwarzający może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w niniejszej Umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych.
2. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego (poza EOG) może nastąpić jedynie na pisemne polecenie Administratora chyba, że obowiązek taki nakładają na Podmiot przetwarzający przepisy prawa, któremu podlega podmiot przetwarzający. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot przetwarzający informuje Administratora o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.
3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż przetwarzanie powierzonych mu danych będzie zgodne z wymaganiami określonymi w RODO, wdroży odpowiednie środki techniczne i organizacyjne odpowiadające wymogom RODO, w tym wszelkie środki, o których mowa w art. 32 RODO, a przede wszystkim zabezpieczył dane przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych.
4. Podmiot przetwarzający ponadto:
  - a) w zakresie charakteru przetwarzania, współpracuje z Administratorem poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych w zakresie wywiązywania się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w części wykonywania jej praw określonych w rozdziale III RODO;
  - b) uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga Administratorowi wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 RODO;
5. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się odpowiedzieć niezwłocznie na każde pytanie Administratora dotyczące powierzonych mu do przetwarzania, na podstawie niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz udostępni wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 RODO.
6. Dostęp do powierzonych Podmiotowi przetwarzającemu danych osobowych mogą posiadać tylko osoby upoważnione przez Podmiot przetwarzający, zgodnie z jego wewnętrznymi procedurami. Podmiot przetwarzający zapewnia, by osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zostały zobowiązane do zachowania tajemnicy, o której mowa w art. 28 ust. 3 pkt b RODO, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.
7. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni od powzięcia informacji, zawiadomić Administratora o:
  - a) każdym prawnie umocowanym żądaniu udostępnienia danych osobowych właściwemu organowi państwa, chyba że zakaz zawiadomienia wynika z przepisów prawa;
  - b) każdym żądaniem otrzymanym od osoby, której dane zostały powierzone mu do przetwarzania, powstrzymując się jednocześnie od odpowiedzi na żądanie;
  - c) każdym postępowaniem, decyzji lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych, które zostały mu powierzone do przetwarzania na podstawie niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) każdej planowanej inspekcji, kontroli lub audytowi dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych, które zostały mu powierzone do przetwarzania na podstawie niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
8. Planując dokonanie zmian w sposobie przetwarzania danych osobowych, Podmiot przetwarzający ma obowiązek zastosować się do wymogów, o których mowa w art. 25 ust. 1 RODO i ma obowiązek z wyprzedzeniem informować Administratora o planowanych zmianach w taki sposób i terminie, który



zapewni Administratorowi realną możliwość reagowania, jeżeli planowane przez Podmiot przetwarzający zmiany w opinii Administratora grożą uzgodnionemu poziomowi bezpieczeństwa powierzonych do przetwarzania danych osobowych lub zwiększają ryzyko naruszenia praw lub wolności osób, wskutek ich przetwarzania przez Podmiot przetwarzający.

9. Podmiot przetwarzający w przypadku podejrzenia i/lub stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych:
  - a) informuje o podejrzeniu i/lub stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych Administratora bez zbędnej zwłoki, nie później niż w 24 godzin od powzięcia takiej informacji, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
  - b) współpracuje przy ocenie naruszenia i ewentualnym zawiadomieniu o tym organu nadzorczego i/lub osób, których dane dotyczą;
  - c) przekazuje informacje niezbędne Administratorowi do przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych oraz przeprowadzania uprzednich konsultacji z organem nadzorczym i wdrożenia zaleceń organu;
  - d) umożliwia Administratorowi uczestnictwo w czynnościach wyjaśniających;
  - e) przekazując informację o stwierdzeniu naruszenia, przesyła również wszelką niezbędną dokumentacją dotyczącą naruszenia, aby umożliwić Administratorowi spełnienie obowiązku powiadomienia organu nadzoru.
10. W przypadku, gdy Podmiot przetwarzający będzie pozyskiwał dane w imieniu Administratora, jego obowiązkiem jest również realizacja obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i art. 14 RODO.
11. Podmiot przetwarzający, z chwilą wygaśnięcia niniejszej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, zobowiązuje się zwrócić wszelkie dane osobowe, których przetwarzanie zostało mu powierzone oraz skutecznie usunąć wszelkie ich istniejące kopie, również z nośników elektronicznych pozostających w jego dyspozycji, chyba że przepisy prawa nakazują mu przechowywanie danych osobowych. Podmiot przetwarzający przedstawi Administratorowi oświadczenie potwierdzające realizację niniejszych czynności, o których mowa w terminie 5 dni od odstąpienia od umowy lub zakończeniu realizacji niniejszej umowy.
12. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z umową powierzenia przetwarzania danych osobowych, a w szczególności za udostępnienie osobom nieupoważnionym.
13. W przypadku naruszenia przepisów niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub RODO z przyczyn leżących po stronie Podmiotu przetwarzającego, w następstwie czego Administrator zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zostanie ukarany, Podmiot przetwarzający zobowiązuje się pokryć Administratorowi poniesione z tego tytułu straty.

## § 5

### **Korzystanie z usług innego podmiotu przetwarzającego przez podmiot przetwarzający**

1. Podmiot przetwarzający, do wykonania w imieniu Administratora konkretnych czynności przetwarzania związanych jedynie z realizacją umowy, o której mowa w §1, może korzystać z usług innego podmiotu przetwarzającego, pod warunkiem, że:
  - a) inny podmiot przetwarzający zapewnienia, podobnie jak Podmiot przetwarzający, wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie odpowiadało wymogom RODO;
  - b) Podmiot przetwarzający dokona tego w drodze pisemnej umowy przy zachowaniu co najmniej tych samych obowiązków ochrony danych jak w niniejszej Umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz na czas nie dłuższy niż czas obowiązywania niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
  - c) Podmiot przetwarzający poinformuje Administratora o zamiarze korzystania z usług innego podmiotu przetwarzającego, wraz z informacją o podmiocie, z którego usług zamierza korzystać dając tym samym Administratorowi możliwość wyrażenia sprzeciwu wobec korzystania z usług tego innego podmiotu przetwarzającego. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do poinformowania Administratora o wszelkich zamierzonych zmianach dotyczących dodania lub zastąpienia innych podmiotów przetwarzających.
2. Administrator może w terminie 14 dni, licząc od dnia przekazania informacji, wyrazić sprzeciw wobec korzystania z usług wskazanego podmiotu.
3. Jeżeli ten inny podmiot przetwarzający nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków ochrony danych, pełna odpowiedzialność wobec Administratora za wypełnienie obowiązków tego innego podmiotu przetwarzającego spoczywa na Podmiocie przetwarzającym.

## § 6

### **Kontrole**

1. Administrator, zgodnie z art. 28 ust. 3 lit. h) RODO, ma prawo do kontroli sposobu wykonywania niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych poprzez przeprowadzenie,



- zapowiedzianych na 7 dni kalendarzowych wcześniej, kontroli dotyczących przetwarzania powierzonych danych osobowych przez Podmiot przetwarzający bądź podmiot, z którego usług korzysta Podmiot przetwarzający oraz żądania składania przez podmioty kontrolowane pisemnych wyjaśnień.
2. Administrator realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego bądź innego podmiotu, z którego usług korzysta Podmiot przetwarzający.
  3. Na zakończenie kontroli, przedstawiciel Administratora sporządza protokół w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden doręcza Podmiotowi kontrolowanemu. Podmiot kontrolowany może wnieść pisemne zastrzeżenia do protokołu w ciągu 5 dni roboczych od daty jego otrzymania.
  4. Administrator/przedstawiciel Administratora ma obowiązek rozpatrzyć zgłoszone zastrzeżenia i poinformować Podmiot kontrolowany o uwzględnieniu zastrzeżeń w całości lub części, bądź ich nieuwzględnieniu w terminie 5 dni roboczych.
  5. Podmiot kontrolowany zobowiązuje się dostosować do zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych uchybień i poprawę bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w terminie wskazanym przez Administratora nie dłuższym niż 5 dni roboczych, z zastrzeżeniem uwzględnienia całości lub części zastrzeżeń zgodnie z ust. 4.

## § 7

### Osoby kontaktowe

1. Inspektor Ochrony Danych (IOD) pełni funkcję osoby kontaktowej dla potrzeb m.in. komunikacji dotyczącej podejrzenia naruszenia / naruszeń ochrony danych osobowych i dla osób, których dane osobowe dotyczą.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych Administratora p. Robertem Kursą należy kontaktować pod numerem telefonu: (85) 66 54 169, pod adresem poczty elektronicznej: [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl).
3. Z Inspektorem Ochrony Danych Podmiotu przetwarzającego należy kontaktować pod numerem telefonu: .....wew. .... pod adresem poczty elektronicznej: .....

## § 8

### Czas obowiązywania umowy

1. Niniejsza umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych zostaje zawarta na czas określony do dnia 31.08.2023 r, zgodnie z czasem obowiązywania umowy, o której mowa §1.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia zasad opisanych w niniejszej umowie.
3. Wypowiedzenie niniejszej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych jest równoważne z wypowiedzeniem umowy, o której mowa w §1.

## § 9

### Rozwiązanie umowy

1. Administrator ma prawo rozwiązać niniejszą umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych bez zachowania terminu wypowiedzenia, gdy Podmiot przetwarzający:
  - a) przetwarza powierzone dane osobowe w sposób niezgodny z niniejszą Umową powierzenia przetwarzania danych osobowych;
  - b) korzysta z usług innego podmiotu przetwarzającego bez poinformowania Administratora o takim zamiarze;
  - c) nie usunął w wyznaczonym terminie uchybień stwierdzonych w toku kontroli, o której mowa w § 6.
2. Rozwiązanie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy, o której mowa w §1.

## § 10

### Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Spory wynikłe z tytułu niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych będzie rozstrzygał Sąd właściwy dla miejsca siedziby Administratora.



3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Umowie powierzenia przetwarzania danych osobowych mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz RODO.
4. W razie sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszej Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych a umową, o której mowa w § 1, pierwszeństwo mają postanowienia niniejszej Umowy powierzenia. Oznacza przetwarzania danych osobowych to także, że kwestie dotyczące przetwarzania danych osobowych pomiędzy Administratorem a Podmiotem przetwarzającym należy regulować poprzez zmiany niniejszej Umowy.
5. Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

**Administrator**

.....

**Podmiot przetwarzający**





*Załącznik nr 1  
do umowy nr ..... powierzenia  
przetwarzania danych osobowych*

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

<b>Kategorie danych osobowych</b>	<b>Kategorie osób, których dane dotyczą</b>
<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 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 zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa, rodzaj przyznanego wsparcia w zakresie edukacji zdrowotnej, 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>
<b>Operacje na powierzonych danych osobowych</b>	
<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 2 do umowy  
nr ..... powierzenia  
przetwarzania danych osobowych*

**Wdrożone mechanizmy zapewniające bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych**

Lp.	Warunek powierzenia danych osobowych	Spełnienie warunku powierzenia przetwarzania danych osobowych	
		TAK/NIE*	Uzasadnienie
1	Podmiot przetwarzający posiada wdrożoną Politykę ochrony danych osobowych lub inne akty wewnętrzne określające zasady ochrony danych osobowych,	TAK/NIE*	Nazwa i data sporządzenia dokumentu, w tym data ostatniej aktualizacji dokumentu/ów (jeśli dotyczy):
2	Podmiot przetwarzający posiada wdrożone normy ISO / certyfikowany kodeks postępowania.	TAK/NIE*	Nr wdrożonej normy ISO lub nazwa certyfikowanego kodeksu postępowania.
3	Podmiot przetwarzający dla powierzonych przez Administratora danych zapewnia środki techniczne i organizacyjne odpowiednie do rodzaju przetwarzanych danych, w szczególności zapewnia:		
	pseudonimizację i szyfrowanie danych osobowych.	TAK/NIE*	Jeśli TAK opisać sposób realizacji – jeśli NIE podać uzasadnienie:
	poufność, integralność, dostępność i odporność systemów i usług przetwarzania.	TAK/NIE*	Jeśli TAK opisać sposób realizacji – jeśli NIE podać uzasadnienie:
	zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego.	TAK/NIE*	Jeśli TAK opisać sposób realizacji – jeśli NIE podać uzasadnienie:
	regularne testowanie, mierzenie i ocenianie	TAK/NIE*	Jeśli TAK opisać sposób realizacji – jeśli NIE



Lp.	Warunek powierzenia danych osobowych	Spełnienie warunku powierzenia przetwarzania danych osobowych													
		TAK/NIE*	Uzasadnienie												
	skuteczności środków technicznych i organizacyjnych mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania.		podać uzasadnienie:												
4	Podmiot przetwarzający stosuje następujące środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych <i>danych osobowych</i> odpowiednią do charakteru, zakresu, kontekstu i celu przetwarzania oraz ryzyka naruszenia praw i wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie i wadze zagrożenia.	TAK/NIE*	<p>Stosowane środki techniczne i organizacyjne mające zapewnić bezpieczeństwo danych osobowych przed niżej opisanymi zagrożeniami – opisać sposób realizacji zabezpieczeń stosowany dla każdego z rodzajów zagrożeń:</p> <table border="1"> <tr> <td>zniszczeniem</td> <td></td> </tr> <tr> <td>utrata</td> <td></td> </tr> <tr> <td>modyfikacją</td> <td></td> </tr> <tr> <td>nieuprawnionym ujawnieniem</td> <td></td> </tr> <tr> <td>nieuprawnionym dostępem</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne zabezpieczenia (jeśli funkcjonują)</td> <td></td> </tr> </table>	zniszczeniem		utrata		modyfikacją		nieuprawnionym ujawnieniem		nieuprawnionym dostępem		Inne zabezpieczenia (jeśli funkcjonują)	
zniszczeniem															
utrata															
modyfikacją															
nieuprawnionym ujawnieniem															
nieuprawnionym dostępem															
Inne zabezpieczenia (jeśli funkcjonują)															
5	Podmiot przetwarzający wyznaczył Inspektora Ochrony Danych.	TAK/NIE*	<p>Jeśli TAK to proszę podać imię i nazwisko Inspektora, nr tel. i adres mailowy:</p> <p>Jeśli Nie to podstawa prawna danego stanu rzeczy</p>												
6	Podmiot przetwarzający dopuścił do przetwarzania danych osobowych wyłącznie osoby posiadające upoważnienie do ww. czynności.	TAK/NIE*	Określić sposób realizacji:												



Lp.	Warunek powierzenia danych osobowych	Spełnienie warunku powierzenia przetwarzania danych osobowych	
		TAK/NIE*	Uzasadnienie
7	Podmiot przetwarzający zapewnia odpowiedni poziom przeszkolenia z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych osobom, które posiadają upoważnienie do ww. czynności.	TAK/NIE*	Jeśli TAK to podać zakres przeszkolenia osób upoważnionych.
8	Podmiot przetwarzający zobowiązał osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych oraz sposobów zabezpieczenia powierzonych do przetwarzania danych osobowych lub osoby te podlegają ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy.	TAK/NIE*	Określić sposób realizacji:
9	Podmiot przetwarzający prowadzi Rejestr naruszeń danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.	TAK/NIE*	Jeśli TAK podać sposób prowadzenia rejestru:
1	Podmiot przetwarzający dokonał dalszego powierzenia danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.	TAK/NIE*	Jeśli TAK to proszę podać: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Nazwę podmiotu:</li> <li>2) Datę zawarcia umowy</li> <li>3) Zakres przedmiotowy umowy</li> <li>4) Termin obowiązywania umowy</li> </ul>



Lp.	Warunek powierzenia danych osobowych	Spełnienie warunku powierzenia przetwarzania danych osobowych	
		TAK/NIE*	Uzasadnienie
1	Czy w przeciągu 6 ostatnich miesięcy doszło do naruszenia ochrony danych osobowych podlegającego obowiązkowi zgłoszenia organowi nadzorcemu?	TAK/NIE*	
1	Podmiot przetwarzający posiada aktualne oprogramowania, zarówno użytkowe jak i systemowe, z wysokim poziomem odporności na cyberataki.	TAK/NIE*	Nie dotyczy jeżeli przetwarzanie danych osobowych nie będzie odbywać się z wykorzystaniem Internetu i komputerów
1	Podmiot przetwarzający zapewnia nadzór nad osobami niebędącymi pracownikami podmiotu przetwarzającego, a przebywającymi w jego siedzibie, wykluczający ich dostęp do danych osobowych.	TAK/NIE*	

\*niepotrzebne skreślić

.....

**Podmiot przetwarzający**



**Załącznik nr 3 do umowy ..... powierzenia przetwarzania danych osobowych – Wdrożone mechanizmy zapewniające bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych.**

**Zgłoszenie podejrzenia incydentu/zaistnienia naruszenia ochrony danych osobowych**

- 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 sfalszowanie 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 nadzorczemu 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**