**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Umowa nr ZD-II.433.4.2019/3/1….**

**/ *wzór /***

Umowa zawarta w dniu r. pomiędzy:

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

……………………………………………………… Województwa Podlaskiego

……………………………………………………… Województwa Podlaskiego

zwanym dalej Zamawiającym

a

………………………………..

reprezentowanym przez:

………………………………

zwanym dalej Wykonawcą

§ 1.

**Zakres umowy**

1. Przedmiotem umowy jest organizowanie oraz udzielanie przez Wykonawcę świadczeń medycznych w postaci przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu wraz z konsultacją lekarską kwalifikującą do szczepień oraz 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” nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19.
2. Świadczenia medyczne, o których mowa w § 1 ust. 1, obejmują:
3. zakwalifikowanie pacjenta do uczestnictwa w projekcie na podstawie Formularza Rekrutacyjnego stanowiącego załącznik nr 1 do umowy i Oświadczenia uczestnika / osoby biorącej udział w realizacji projektu stanowiącego załącznik nr 2 do umowy;
4. udzielenie porady lekarskiej i/lub pielęgniarskiej na podstawie Ankiety badania profilaktycznego stanowiącej załącznik nr 3 do umowy, podczas pierwszej wizyty uczestnika trwającej 15 minut oraz przeprowadzenie badania przedmiotowego (konsultacja lekarska kwalifikująca do szczepień);
5. zakup szczepionki przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, zawierającej inaktywowany wirus kleszczowego zapalenia mózgu dla osób dorosłych w postaci zawiesiny 0,5 ml dostępnej na polskim rynku i dopuszczonej do stosowania w Polsce;
6. wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, poprzez podanie trzech dawek szczepionki, o której mowa w ust. 3, zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta szczepionki dla osób dorosłych, dla mieszkańców gminy ………………..;
7. dokonanie wpisu o wykonanym szczepieniu do dokumentacji medycznej oraz wydanie zaświadczenia potwierdzającego wykonanie szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu według załącznika nr 5 do umowy.
8. Świadczenie będzie udzielane w okresie od dnia zwarcia umowy do 30 czerwca 2023 r.
9. Czas trwania umowy ulega skróceniu w przypadku zrealizowania przedmiotu umowy w terminie krótszym niż wskazany w ust. 3.
10. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń, z zachowaniem należytej staranności, przy zachowaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej.
11. Wykonawca oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy z podmiotami trzecimi na udzielanie świadczeń zdrowotnych nie wpłyną na obniżenie jakości udzielanych świadczeń objętych niniejszą umową oraz nie będą naruszały interesów Zamawiającego.
12. Wykonawca oświadcza, że finansowane świadczenia o których mowa w ust. 1, w okresie trwania umowy nie będą finansowane z innych źródeł.
13. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy wejdą w życie powszechnie obowiązujące przepisy, określające odmiennie zasady udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, strony zmienią lub rozwiążą umowę, w zakresie, w jakim będzie ona sprzeczna z przepisami powszechnie obowiązującymi.
14. Wykonawca jeśli nie jest podmiotem publicznym obowiązany jest do spełnienia warunków służących zapewnienia dostępności zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062).

**§ 2.**

**Organizacja udzielania świadczeń**

1. Wykonawca oświadcza, że dysponuje kadrą i zapleczem technicznym umożliwiającym wykonanie świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1.
2. Świadczenia medyczne będą wykonywane w ………………………..………………. *(miejsce udzielania świadczeń medycznych)* na rzecz mieszkańców gminy …………………….. *(nazwa gminy)*.
3. Wykonawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania zleconych świadczeń medycznych oraz udzielania ich przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.
4. O podziale obowiązków Wykonawcy, harmonogramie jego pracy oraz współpracującym z nim pozostałym personelem komórki organizacyjnej wykonującej świadczenia, każdorazowo decyduje Wykonawca.
5. Świadczenia medyczne mogą być udzielane jedynie na rzecz uczestników 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:
6. wiek od 18 do 64 lat;
7. pozostawianie w zatrudnieniu w sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo zgodnie z klasyfikacją PKD;
8. zamieszkiwanie gminy ……
9. Uczestnik może być zakwalifikowany do projektu jeden raz.
10. Wykonawca 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 a także wymogu zatrudnienia na podstawie stosunku pracy osób/by, która/e będzie/ą wykonywać szczepienia tj. dokonywała/y iniekcji.
11. W celu weryfikacji zatrudniania, przez Wykonawcę na podstawie umowy o pracę, osób wykonujących wskazane przez zamawiającego czynności w zakresie realizacji zamówienia, Zamawiający przewiduje złożenia przez Wykonawcę oświadczenia zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy.
12. Całość dokumentacji medycznej sporządzonej przez Wykonawcę w trakcie trwania usługi będzie gromadzona i przechowywana w siedzibie Wykonawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie gromadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.
13. Zamawiający przekaże Wykonawcy po każdy rozliczeniu świadczeń medycznych zgodnie z § 3 ust 3, pakiet środków ochrony osobistej złożony z 9 maseczek i 3 par rękawic jednorazowych za wykonanie świadczenia medycznego dla pojedynczego uczestnika.
14. Wykonawca jest zobowiązany do:
15. utylizacji zużytych w trakcie realizacji usługi materiałów i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
16. prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
17. przyjmowania zgłoszeń, informowania o terminach szczepienia i rejestracji uczestników we własnym zakresie;
18. zapewnienia dostępności świadczeń medycznych przez co najmniej 5 dni w tygodniu w godzinach 8.00-18.00, w tym co najmniej raz w tygodniu do godziny 20.00.

**§ 3.**

1. Z tytułu wykonywania świadczeń medycznych, o których mowa w § 1 ust. 1, Wykonawcy przysługuje od Zamawiającego wynagrodzenie w kwocie brutto:
2. ……. zł za zakwalifikowanie pacjenta do uczestnictwa w projekcie, przeprowadzenie ankiety badania profilaktycznego i pierwszej kwalifikacji do szczepienia zgodnie z § 1 ust. 2 pkt 1) i 2);
3. ………... zł za kwalifikację do II szczepienia;
4. ………... zł za kwalifikację do III szczepienia;
5. ………... zł za zakup pojedynczej dawki szczepionki zgodnie z § 1 ust. 2 pkt 3);
6. ………… zł za każdą wykonaną pojedynczą iniekcję szczepionki;

do łącznej kwoty ……………………..….. zł brutto za wykonanie świadczenia medycznego dla pojedynczego uczestnika oraz do łącznej kwoty …………….……..… zł brutto za wykonanie całości przedmiotu umowy na rzecz ………………… uczestników.

1. Kwota wynagrodzenia podana w ust. 1 może ulec pomniejszeniu o wartość niezrealizowanych i nieprawidłowo zrealizowanych świadczeń medycznych.
2. Rozliczenie świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1, będzie realizowane w okresach miesięcznych do ostatniego dnia kalendarzowego każdego miesiąca.
3. Zamawiający wypłaci należne Wykonawcy wynagrodzenie w terminie najpóźniej do 21  dni od daty wpływu faktury do siedziby Zamawiającego. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia jest dowód księgowy wystawiony przez Wykonawcę 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.
4. Dane Zamawiającego, na które należy wystawić fakturę:

Województwo Podlaskie

ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1

15-888 Białystok

NIP: 542-25-42-016

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego

1. Wynagrodzenie będzie płatne przez Zamawiającego na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy o numerze ...........................................................................................…

**§ 4.**

**Kary umowne**

* + - 1. Zleceniodawca może obciążyć Wykonawcę karą umowną w przypadku:
1. nienależytego wykonania świadczenia medycznego w wysokości 50% wynagrodzenia brutto za pojedyncze świadczenie medyczne określone w § 3 ust. 1 za każdy taki przypadek;
2. odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, w wysokości 10 krotności wynagrodzenia brutto za pojedyncze świadczenie określonego w § 3 ust. 1;
3. niespełnienia warunku zatrudnienia na podstawie stosunku pracy osób/by, która/e będzie/ą wykonywać szczepienia tj. dokonywała/y iniekcji w wysokości 5% kwoty wynagrodzenia brutto za wykonanie całości przedmiotu umowy.
	* + 1. Zamawiający może dochodzić odszkodowania z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy w wysokości przekraczającej wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych.
			2. Łączna maksymalna wysokość kar umownych, których mogą dochodzić strony nie może przekroczyć 20% wartości przedmiotu umowy brutto.
			3. Kwota naliczonych kar umownych może zostać potrącona z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej umowy.

**§ 5.**

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
	1. jeśli Wykonawca nie rozpoczął albo przerwał, z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, 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 Wykonawca realizuje przedmiot zamówienia w sposób niezgodny z niniejszą umową lub wymaganiami Zamawiającego.
2. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w terminie 15 dni od dnia uzyskania przez Zamawiającego informacji o okolicznościach stanowiących podstawę odstąpienia od umowy.
3. W przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego, Wykonawca może żądać wynagrodzenia jedynie za część umowy wykonaną do daty odstąpienia.

**§ 6.**

* + - 1. Przewiduje się  możliwość zmiany wynagrodzenia  w następujących przypadkach:
1. zmiany stawki podatku od towarów i usług;
2. zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów Ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę;
3. zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę;
4. zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r.
o pracowniczych planach kapitałowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1342).
	* + 1. Zmiana wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy w przypadku zaistnienia przesłanki, o której mowa w ust. 1 pkt 1, będzie odnosić się wyłącznie do części przedmiotu umowy zrealizowanej, zgodnie z terminami ustalonymi umową, po dniu wejścia w życie przepisów zmieniających stawkę podatku od towarów i usług oraz wyłącznie do części przedmiotu umowy, do której zastosowanie znajdzie zmiana stawki podatku od towarów i usług.
			2. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 1, cena jednostkowa  netto nie zmieni się,  a cena jednostkowa brutto zostanie wyliczona na podstawie nowych przepisów.
			3. Zmiana wysokości wynagrodzenia w przypadku zaistnienia przesłanki, o której mowa
			w ust. 1 pkt 2 lub 3, będzie obejmować wyłącznie część wynagrodzenia należnego Wykonawcy, w odniesieniu do której nastąpiła zmiana wysokości kosztów umowy przez Wykonawcę w związku z wejściem w życie przepisów odpowiednio zmieniających wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę lub dokonujących zmian w zakresie zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub
			w zakresie wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.
			4. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą wzrostowi kosztu Wykonawcy w związku
			ze zwiększeniem wysokości wynagrodzeń pracowników świadczących usługę
			do wysokości aktualnie obowiązującego minimalnego wynagrodzenia za pracę,
			z uwzględnieniem wszystkich obciążeń publicznoprawnych od kwoty wzrostu minimalnego wynagrodzenia. Kwota odpowiadająca wzrostowi kosztu Wykonawcy będzie odnosić się wyłącznie do części wynagrodzenia pracowników świadczących usługi, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiadającej zakresowi, w jakim wykonują oni prace bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu Umowy.
			5. W przypadku zmiany, o której mowa w ust. 1 pkt 3, wynagrodzenie Wykonawcy ulegnie zmianie o kwotę odpowiadającą zmianie kosztu Wykonawcy ponoszonego w związku
			z wypłatą wynagrodzenia pracownikom świadczącym usługę. Kwota odpowiadająca zmianie kosztu Wykonawcy będzie odnosić się wyłącznie do części wynagrodzenia pracowników świadczących usługę, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiadającej zakresowi, w jakim wykonują oni prace bezpośrednio związane
			z realizacją przedmiotu umowy.
			6. W celu zawarcia aneksu, o którym mowa w ust. 1, każda ze stron może wystąpić
			do drugiej strony z wnioskiem o dokonanie zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, wraz z uzasadnieniem zawierającym w szczególności szczegółowe wyliczenie całkowitej kwoty, o jaką wynagrodzenie Wykonawcy powinno ulec zmianie, oraz wskazaniem daty, od której nastąpiła bądź nastąpi zmiana wysokości kosztów wykonania umowy uzasadniająca zmianę wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy.
			7. Przeniesienie na osoby trzecie wierzytelności Wykonawcy, wynikających z niniejszej umowy wymaga zgody Zamawiającego, wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 7.**

Podpisanie przez Wykonawcę 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.

Wykonawca wyraża zgodę na upublicznienie swoich danych teleadresowych przez Zamawiającego, jako podmiotu realizującego zadania w ramach Projektu.

**§ 8.**

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

**§ 9.**

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.).

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których po jednym otrzymuje Zamawiający i Wykonawca.
3. Załączniki do umowy:
4. załącznik nr 1 Formularz Rekrutacyjny.
5. załącznik nr 2 Oświadczenia uczestnika / osoby biorącej udział w realizacji projektu.
6. załącznik nr 3 Ankieta badania profilaktycznego.
7. załącznik nr 4 Formularz sprawozdawczy.
8. załącznik nr 5 Zaświadczenie o zaszczepieniu.
9. załącznik nr 6 Oświadczenie o zatrudnienie na umowę o pracę.

 ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

*Załącznik nr 1 do umowy nr …………………………*

**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): |
|  pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo w wieku 18-64 lata mieszkaniec województwa podlaskiego  |
| Zatrudniony/a w (nazwa i adres): | NIP lub REGON podmiotu gospodarczego |
|  |  |

1. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | PESEL |
|  |  |  |
| Wykształcenie (zaznaczyć właściwe) |
|  gimnazjalne  niższe niż podstawowe  podstawowe  policealne  ponadgimnazjalne  wyższe |

1. Dane kontaktowe

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

III. Szczegóły i rodzaj wsparcia

|  |
| --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe): |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy **w tym:** | osoba długotrwale bezrobotnainny |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, **w tym:** | osoba długotrwale bezrobotnainny |
|  osoba bierna zawodowo, **w tym:** | osoba pracująca w administracji rządowejosoba ucząca sięosoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniachinny |
|  osoba pracująca, **w tym:** | osoba pracująca w administracji rządowejosoba pracująca w administracji samorządowejinnyosoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników)osoba pracująca w organizacji pozarządowejosoba prowadząca działalność na własny rachunekosoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe): |
|  nauczyciel kształcenia zawodowego,  nauczyciel kształcenia ogólnego, nauczyciel wychowania przedszkolnego, pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, pracownik instytucji rynku pracy,  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,  rolnik,  |  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej, pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, instruktor praktycznej nauki zawodu, inny |
| Zatrudniony w (nie dotyczy rolników): |
|  |

1. Informacje dodatkowe

Udzielenie informacji na poniższe pytanie nie jest obowiązkowe (prosimy o zaznaczenie „odmowa odpowiedzi na pytanie”) i nie ma wpływu na proces rekrutacji.

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  tak nie odmowa odpowiedzi na pytanie\* |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  tak nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  tak jaki stopień … rodzaj niepełnosprawności ….. nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani) |  tak nie odmowa odpowiedzi na pytanie\* |

\* w przypadku zaznaczenia, uczestnik/czka projektu oświadcza, że odmawia udzielna odpowiedzi

*podpis Uczestnika/czki*

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

Ja, niżej podpisany/ podpisana, niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| *Data i miejscowość* | *Podpis Uczestnika/czki* |

*Załącznik nr 2 do umowy nr …………………………*

 **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, [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@mfipr.gov.pl);
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej -iod@miir.gov.pl, Województwo Podlaskie - iod@wrotapodlasia.pl,Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku - iod@wup.wrotapodlasia.pl, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce - iod@spzoz.hajnowka.pl );
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący 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) orazwykonanie 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, 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, [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 uznam, 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 |

*Załącznik nr 3 do umowy nr. …………………*

 **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**

1. Jak często uczęszcza Pan/i do lasu/na tereny rolne?

|  |  |
| --- | --- |
| a) codziennie | c) raz w miesiącu |
| b) raz w tygodniu | d) sporadycznie |

2. Czy zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 3 | b) nie – proszę przejść do pytania 4 |

3. Jak często zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?

|  |  |
| --- | --- |
| a) codziennie | c) raz w miesiącu |
| b) raz w tygodniu | d) sporadycznie |

4. Czy jest Pan/i świadomy ryzyka chorób odkleszczowych jakie niesie ze sobą przebywanie na terenach leśnych/rolnych?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak | b) nie |

5. Czy stosuje Pan/i środki ochrony przed kleszczami?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 6 | b) nie – proszę przejść do pytania 7 |

6. Jakie środki ochrony przed kleszczami Pan/i stosuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?

|  |  |
| --- | --- |
| a) repelenty | c) dokładne oglądanie ciała po powrocie z lasu |
| b) odzież ochronną | d) inne – proszę wymienić ……………………. |

7. Czy był/a Pan/i kiedykolwiek szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 8 i 9 | b) nie – proszę przejść do pytania 10 |

8. Czy przebył(a) Pan/i pełny cykl szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę podać ile dawek ……… | b) nie |

9. Kiedy był/a Pan/i szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

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

10. Dlaczego Pan/i nie szczepił(a) się przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) zbyt wysoki koszt szczepienia | c) jestem przeciwnikiem szczepień |
| b) nie wiedziałem(am), że istnieje szczepienie | d) inne przyczyny – proszę podać…………….. |

**III. Ekspozycja na pokłucie przez kleszcza**

11. Czy był/a 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/a 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:……………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Ocena ryzyka chorób**  |
| 1. ryzyko boreliozy | tak/nie |
| 2. ryzyko kleszczowego zapalenia mózgu | tak/nie |
| 3. brak ryzyka | tak/nie |

|  |
| --- |
| **Zalecenia dla pacjenta** |
| 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 pielęgniarza/ki POZ |

|  |
| --- |
| Potwierdzenie przeprowadzonej edukacji dotyczącej profilaktyki chorób odkleszczowych.Data i miejscowość Podpis Uczestnika Projektu |

*Załącznik nr 4 do umowy nr. …………………*

**FORMULARZ SPRAWOZDAWCZY**

|  |
| --- |
| Umowa nr ZD-II.433.4.2019/3/1………... z dnia ……. |
| Podmiot udzielający świadczeń ………….. |
| Okres rozliczeniowy (od – do) |
| Lp.  | PESEL | Zakres udzielonych świadczeń medycznych  |
| Data I wizyty | Data II wizyty (kwalifikacja do szczepienia, szczepienie, iniekcja) | Data III wizyty (kwalifikacja do szczepienia, szczepienie, iniekcja) |
| kwalifikacja do uczestnictwa w projekcie, porada lekarska/pielęgniarska, kwalifikacja do szczepienia | szczepienie, iniekcja |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

WYKONAWCA

*Załącznik nr 5 do umowy nr. …………………*

|  |
| --- |
| *pieczęć Wykonawcy*ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIAW dniu ……………………….r. pacjent (*imię i nazwisko*) ……………..………… nr PESEL ……………..…… został zaszczepiony **I dawką** szczepionki przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, nazwa ……………seria ……………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*podpis personelu medycznego podpis uczestnika*  |
| *pieczęć Wykonawcy*ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIAW dniu ……………………….r. pacjent (*imię i nazwisko*) ……………..………… nr PESEL ……………..…… został zaszczepiony **II dawką** szczepionki przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, nazwa ……………seria ……………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*podpis personelu medycznego podpis uczestnika* |
| *pieczęć Wykonawcy*ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIAW dniu ……………………….r. pacjent (*imię i nazwisko*) ……………..………… nr PESEL ……………..…… został zaszczepiony **III dawką** szczepionki przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, nazwa ……………seria …………… 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*podpis personelu medycznego podpis uczestnika* |

*Załącznik nr 6 do umowy nr. …………………*

*pieczęć Wykonawcy*

**Oświadczenie o zatrudnienie na umowę o pracę**

Imię i nazwisko pracownika ………………………………………

Data zawarcia umowy o pracę ………………………………………

Rodzaj umowy o pracę……………………………………………

Zakres obowiązków pracownika …………………………………

WYKONAWCA