Załącznik nr 2

Umowa w ramach projektu pn.: „Postaw na profilaktykę - Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko - mazurskim” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Umowa nr ……………………..zawarta w dniu ..................................2018 r. w ……………………….., pomiędzy:

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku,** 15-276 Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, wpisany do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy   
KRS 0000002254, NIP: 5422534985, REGON: 000288610

reprezentowany przez: **Marka Karpa - Dyrektora**

zwanym w dalszej treści niniejszej Umowy „Zamawiający”

a

............................................................................................................................................

reprezentowanym przez:

............................................................- ..............................................

zwanym dalej „Wykonawcą”

***§ 1***

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest przeprowadzenie świadczeń zdrowotnych polegających na kompleksowej diagnostyce TIA pacjentów realizowana przez AOS w trybie pilnym.
2. W przypadku samodzielnego zgłoszenia się pacjenta na badanie do AOS sekretarka medyczna/rejestratorka po zebraniu krótkiego wywiadu dot. wieku, grupy ryzyka i objawów przebytego epizodu TIA przeprowadza checklistę dot. czynników ryzyka (załącznik nr 1do Umowy).
3. Kwalifikowanie pacjentów do programu odbywa się w oparciu o poniższe kryteria.

Podmiot AOS zobowiąże się do kompleksowej diagnostyki TIA pacjenta w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony) pacjentów skierowanych z POZ współpracujących w ramach projektu u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań przeprowadzonych w POZ:

1. osób, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym lub szmery podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych.
2. osób, u których w checkliście stwierdzono przebyte epizody przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (odpowiedź twierdząca na pytania nr 35-40 checklisty).
3. Do programu badań profilaktycznych kwalifikowane będą osoby z grupy wiekowej 40-65 lat z grup ryzyka wystąpienia udaru mózgu - najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych. W szczególności będą to osoby palące papierosy, nadużywające alkohol oraz osoby z otyłością brzuszną, a także osoby, u których stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, migotanie przedsionków, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych czy zaburzenia gospodarki lipidowej.
4. W przypadku pacjenta skierowanego przez podmiot POZ współpracujący w ramach projektu badanie w AOS odbywa się na podstawie skierowania pacjenta na badania w ramach kompleksowej diagnostyki TIA z placówki POZ, Pacjent przedłoży kserokopie badań przeprowadzonych w POZ w ramach projektu, kserokopia badań musi być podpisana przez lekarza kierującego z POZ.
5. Wykonawca zobowiązuje się do prawidłowego zrealizowania wszystkich zadań,   
   o których mowa w § 1 ust. 1, zgodnie z wiedzą fachową i najwyższą starannością. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za jakość świadczonych usług.
6. Wykonawca zobowiązuje się do stałej współpracy oraz bieżącego konsultowania zagadnień związanych z realizacją przedmiotu Umowy z Zamawiającym.
7. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania wypełnionych dokumentów(**załącznik nr 1,2,3,4,5,6,7,8** do Umowy) Zamawiającemu do 5 dnia każdego miesiąca po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Za okres rozliczeniowy przyjmuje się miesiąc kalendarzowy.
8. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania z każdą z osób przewidzianych do realizacji zadań, w szczególności lekarzy ze specjalizacją z neurologii i /lub kardiologii oraz sekretarką medyczną/rejestratorką przeprowadzającą wywiad i checklistę **załącznik nr 1** do niniejszej Umowy, upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego **załącznik nr 2** do niniejszej Umowy i przekazanie go niezwłocznie Zamawiającemu. W załączeniu również Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiący **załącznik nr 3** do niniejszej Umowy.
9. Zamawiający zobowiązuje się do:

* przekazania Wykonawcy wszelkich niezbędnych do wykonania przedmiotu Umowy informacji,
* dokonania odbioru dokumentacji związanej z realizacją umowy zgodnie z **załącznikiem nr 4** do

niniejszej Umowy,

* zapłaty wynagrodzenia przysługującemu Wykonawcy z tytułu realizacji niniejszej Umowy.

1. Wykonawca zobowiązuje się do niewykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy w czasie wykonywania innych zadań, za które przysługuje mu wynagrodzenie finansowane ze środków publicznych.
2. Przedmiotowa umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia do 31 marca 2020 roku r.

***§ 2***

1. Z tytułu realizacji niniejszej Umowy Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy kwoty łącznie 864,50 zł / 924,50zł \* za kompleksową diagnostykę TIA jednego pacjenta zrealizowaną przez AOS w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony)

a) badanie neurologiczne,

b) wykonanie EKG spoczynkowego*(\* jeśli nie wykonane w POZ*),

c) pomiar glikemii *(\*jeśli nie wykonane w POZ),*

d) badanie lipogramu *(\*jeśli nie wykonane w POZ),*

e) badanie morfologii krwi,

f) badanie EKG metoda Holtera

g) badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych

h) badanie ECHO serca

i) badanie neuroobrazujace – TK mózgu (bez „kontrastu”)

j) wizyta konsultacyjna (końcowa)w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne

skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia.

Dalsze leczenie jest już w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

***\*stawka jednostkowa w wys. 924,50 zł dotyczy pogłębionego pakietu świadczeń AOS jeśli w POZ nie zostały wykonane badania : EKG spoczynkowe, pomiar glikemii , badanie lipogramu .***

1. Wykonawca w ciągu realizacji niniejszej umowy będzie wystawiał Zamawiającemu faktury zbiorcze, nie częściej niż raz w miesiącu po potwierdzeniu przez obie strony umowy protokołu odbioru.
2. Podstawą do wystawienia faktur będą przekazane prawidłowo wypełnione dokumenty, załączniki do umowy: checklista, protokół odbioru przedmiotu zamówienia, oświadczenie uczestnika projektu, deklaracja uczestnictwa, oświadczenie lekarza, ankieta oceniająca wiedzę pacjenta.
3. Podstawą do wystawienia faktur będą podpisane przez Strony protokoły odbioru przedmiotu zamówienia bez uwag. Protokół odbioru stanowi **załącznik nr 4** do niniejszej Umowy.
4. W przypadku otrzymania któregokolwiek dokumentu wymienionego w pkt. 3 po dacie otrzymania faktury, termin płatności będzie liczony od daty dostarczenia prawidłowo wypełnionych w/w dokumentów.
5. Należności o których mowa w ust. 1 zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu Umowy i będą płatne przelewem w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
6. Za datę zapłaty uznaje się datę obciążenia kwotą rachunku bankowego Zamawiającego.
7. Zamawiający zastrzega sobie w toku realizacji projektu możliwość ograniczenia ilości przeprowadzonych przez Wykonawcę świadczeń. W trakcie trwania całego programu przebadanych w ramach kompleksowej diagnostyki TIA zostanie 120 pacjentów.

***§ 3***

*Powierzenie przetwarzania danych osobowych*

1. Zamawiający powierza Wykonawcy przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w **załączniku nr 5** do niniejszej Umowy oraz w celu niezbędnym do realizacji przedmiotu niniejszej Umowy.
2. Wykonawca nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
3. Wykonawca jest zobowiązany odebrać od każdego pacjenta (będącego jednocześnie uczestnikiem Projektu) oświadczenia, których wzory stanowią **załączniki nr 5 i 6** do niniejszej Umowy. Oświadczenia przechowuje Zamawiający w swojej siedzibie lub innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania oryginałów oświadczeń potwierdzających kwalifikowalność pacjentów oraz udzielenia im świadczeń.
4. Przy przetwarzaniu danych osobowych Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania zasad określonych w ustawie o ochronie danych osobowych oraz w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024), zwanym dalej ,,rozporządzeniem MSWiA”.
5. Wykonawca przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych podejmuje środki zabezpieczające zbiory danych, o których mowa w art. 36-39 ustawy o ochronie danych osobowych oraz rozporządzenia MSWiA.
6. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczone osoby posiadające imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych udzielone przez osoby upoważnione do wydawania oraz odwoływania upoważnień. Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zostały określone odpowiednio **w załączniku nr 2 oraz nr 3** do niniejszej Umowy.
7. Wykonawca jest zobowiązany w szczególności do:

* podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu poufności danych osobowych przetwarzanych

przez osoby mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych,

* sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem danych przez cały okres ich posiadania w sposób

zapewniający ochronę przed dostępem osób nieuprawnionych, uszkodzeniem, zniszczeniem

lub utratą,

* niezwłocznego zwrócenia danych osobowych Zamawiającego po rozwiązaniu, wygaśnięciu

Umowy oraz usunięcia tych danych ze wszystkich elektronicznych nośników danych, na których

zostały utrwalone przez Wykonawcę dla realizacji postanowień niniejszej umowy.

1. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontrolowania w dowolnym czasie sposobu przetwarzania przez Wykonawcę powierzonych jej danych osobowych w zakresie zastosowanych środków ochrony oraz przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
2. Zamawiający oraz Wykonawca ustalają, że podczas realizacji umowy będą ściśle ze sobą współpracować informując się o wszystkich okolicznościach mających lub mogących mieć wpływ na wykonanie Umowy i bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych.
3. W czasie trwania, jak również po wygaśnięciu niniejszej Umowy Wykonawca zobowiązuje się do nieprzekazywania, nieujawniania i niewykorzystywania jakichkolwiek informacji przezeń uzyskanych w związku lub przy okazji wykonania przedmiotu Umowy i innych obowiązków przewidzianych w niniejszej Umowie oraz innych informacji stanowiących tajemnicę Zamawiającego.
4. Informacje, o których mowa w ust. 10 mogą być udostępniane innym osobom jedynie za pisemną uprzednią zgodą Zamawiającego. Zgoda taka nie jest wymagana wówczas, gdy wymaga tego obowiązujące prawo i tylko w niezbędnym zakresie.

***§ 4***

W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Zamawiający wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

**Aneta Świsłocka** , adres e-mail: [aswislocka@poczta-usk.pl](mailto:aswislocka@poczta-usk.pl)

**Łukasz Nikitiuk** , adres e-mail: [lnikitiuk@poczta-usk.pl](mailto:lnikitiuk@poczta-usk.pl)

W celu koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu Umowy Wykonawca wyznacza swojego przedstawiciela w osobie:

…………………………………………., adres e-mail …………………………………………….……..

***§ 5***

Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają zgody obu Stron   
i zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

***§ 6***

1. Wykonawca może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia z uzasadnieniem przyczyny.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podawania przyczyn.
3. Zamawiający może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:

* Wykonawca nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy,
* Wykonawcy w trakcie realizacji projektu przestaje spełniać warunki udziału określone w ogłoszeniu o naborze placówek AOS. W trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Zamawiającym a Ministerstwem Zdrowia skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych.

1. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

***§ 7***

1. Sprawy nieregulowane Umową będą rozstrzygane na podstawie przepisów Kodeksu Cywilnego.
2. Ewentualne kwestie sporne wynikłe w trakcie realizacji niniejszej Umowy, strony rozstrzygać będą polubownie.
3. Sądem właściwym do rozstrzygania sporów wynikłych na podstawie niniejszej Umowy, będzie rzeczowo właściwy sąd dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę spisano w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej   
   ze Stron.

Wykonawca Zamawiający

**Załączniki do umowy**

Załącznik nr 1 Checklista

Załącznik nr 2 Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 3 Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 4 Protokół odbioru przedmiotu zamówienia.

Załącznik nr 5 Oświadczenie uczestnika projektu.

Załącznik nr 6 Deklaracja uczestnictwa.

Załącznik nr 7 Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

Załącznik nr 1

**CHECKLISTA**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………....……………………………

Data wypełnienia ankiety………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wykształcenie:

podstawowe zawodowe średnie wyższe

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo

1. Masa ciała ………………………… 2. Wzrost ……………………….…….. 3. Obwód pasa …………………………

4. Obwód bioder ………………………. 5. Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

6. RR na prawej ręce ………………………………… 7. RR na lewej ręce ……………………………...……

8. Częstość akcji serca …………………………..…..

9. Miarowy rytm serca Tak Nie

10. Szmer nad tętnicami szyjnymi? Tak Nie

11. Cukrzyca leczona doustnie w wywiadzie Tak Nie

12. Cukrzyca leczona insuliną w wywiadzie Tak Nie

13. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – przestrzeganie diety cukrzycowej w wywiadzie

Tak Nie

14. Zaburzenia gospodarki lipidowej – przestrzeganie diety ubogo-tłuszczowej w wywiadzie

Tak Nie

15. Migotanie przedsionków w wywiadzie Tak Nie

16. Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca ? Tak Nie

17. Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara) ? Tak Nie

18. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

1-5 papierosów 6-10 papierosów 11-15 papierosów powyżej 16 papierosów

19. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła? Tak Nie

20. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

(proszę wpisać rok) …………………………………………………….

21. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń? Tak Nie

22. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

Tak Jakiej mocy/ rodzaj………………………………………………...Nie

23. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

………………………………………………………………………………………………………

24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol? Tak Nie

25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

codziennie 3-4 razy w tygodniu 1-2 razy w tygodniu okazjonalnie

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

………..…………………………………………………………………………………………………………………………………....

27. Jak często spożywa Pan/Pani ryby?

codziennie 3-4 razy w tygodniu 1-2 razy w tygodniu okazjonalnie w ogóle

28. Jak często spożywa Pan/Pani po słodkie napoje gazowane?

codziennie 3-4 razy w tygodniu 1-2 razy w tygodniu okazjonalnie w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/Pani owoce i warzywa?

codziennie 3-4 razy w tygodniu 1-2 razy w tygodniu okazjonalnie w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

5

4

3

2

1

31. Czy regularnie uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną?

TAK

NIE

32. Jeśli uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną – to ile razy w tygodniu?

1 x

2 x

Minimum 3 x

4 x

Minimum 5 x

6 x

Codziennie

33. Czy zażywa Pan/Pani substancje psychoaktywne?

Tak Nie

34. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zawroty głowy?

Tak Nie

35. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagłe zaniewidzenie na jedno oko?

Tak Nie

36. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani pole widzenia przesłonięte z jednej strony?

Tak Nie

37. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej ręki i/lub nogi?

Tak Nie

38. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia wysławiania się/ kłopoty ze zrozumieniem mowy?

Tak Nie

39. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykrzywioną twarz?

Tak Nie

40. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia czucia?

Tak Nie

41. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagły bardzo silny ból głowy?

Tak Nie

42. Czy ktoś w Pan/Pani rodzinie chorował na udar? – jeśli tak to kto?

Tak …………………………. Nie

43. Czy osoba, w ciągu ostatniego miesiąca, przebyła przemijający atak niedokrwienny, tj. epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny manifestujący się: zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem, zaburzeniami czucia lub też przemijającym zaniewidzeniem jednoocznym (amaurosis fugax)?

Tak …………………………. Nie

44. Czy w związku z zaistnieniem sytuacji o której mowa w pkt. 43 osoba była diagnozowana? Jeśli tak to kiedy oraz jaka była diagnoza?

Tak …………………………. Nie

Załącznik nr 2

**UPOWAŻNIENIE Nr\_\_\_\_\_\_  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] r., na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy   
z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), upoważniam [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój. Upoważnienie wygasa   
z chwilą ustania Pana/Pani\* stosunku prawnego z [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data, podpis)*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych,   
w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922, z późn. zm.), a także z obowiązującymi w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polityką bezpieczeństwa ochrony danych osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustania stosunku prawnego łączącego mnie z [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)*

**\***niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3

**ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr \_\_\_\_\_\_  
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Z dniem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r., na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy   
z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922   
z późn. zm.), odwołuję upoważnienie Pana/Pani**\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do przetwarzania danych osobowych nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydane w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(czytelny podpis osoby, upoważnionej*

*do wydawania i odwoływania upoważnień)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*

**\***niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4

Data,…. …………… r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Dotyczy umowy projektu pn.: „Postaw na profilaktykę - Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko -mazurskim” oraz udzielenia świadczenia zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu z pacjentami ankiet edukacyjnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wykonawca:

**………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………....**

1. Numer umowy: ………………… z dnia …………………

Strony stwierdzają, że Wykonawca przesłał **Liderowi Projektu tj. Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Białymstoku** następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej ze świadczeniem medycznym: **kompleksową diagnostykę TIA 1 pacjenta zrealizowana przez AOS** w **trybie pilnym w cenie umownej 864,50 zł/ 924,50 zł \***

a) badanie neurologiczne,

b) wykonanie EKG spoczynkowego*(\*jeśli nie wykonane w POZ),*

c) pomiar glikemii *(\*jeśli nie wykonane w POZ),*

d) badanie lipogramu *(\*jeśli nie wykonane w POZ),*

e) badanie morfologii krwi,

f) badanie EKG metoda Holtera

g) badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych

h) badanie ECHO serca

i) badanie neuroobrazujace – TK mózgu (bez „kontrastu”)

j) wizyta konsultacyjna (końcowa)w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia.

***\*stawka jednostkowa w wys. 924,50 zł dotyczy pogłębionego pakietu świadczeń AOS jeśli w POZ nie zostały wykonane badania : EKG spoczynkowe, pomiar glikemii , badanie lipogramu .***

**Ilość: ……………………………………. w cenie 864,50zł**

**Ilość: ……………………………………. w cenie 924,50zł \***

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Wykonawcę rachunku na kwotę:

**……………………………………………………………………………………………………………...**

(**słownie:………………………………………………………………………................. 00/100 brutto**).

Wykonawca Zamawiający

…………………………… ……………………….. */data, podpis i pieczątk*a/  */data, podpis i pieczątka/*

Załącznik nr 5

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. ***„Postaw na profilaktykę - Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko -mazurskim”*** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
   1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
9. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn**.”Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – ***Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00 – 952 Warszawa, ul. Miodowa 15***, Beneficjentowi realizującemu Projekt ***- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjanta uczestniczą w realizacji projektu: **Podlaski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie*.*** Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
14. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

……………………………. ………………………………………………

*Miejscowość, data*  *Czytelny podpis Uczestnika Projektu*

Załącznik nr 6

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

Imię i nazwisko ……………………………………..……………………..................................................

PESEL ……………………………………………………………………….………………..…………...

Adres …………………………………………………………….............………..………….....................

Nr telefonu kontaktowego ………………………....... E-mail…………………………………………....

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020".**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

*...................................*  *.....................................*

*(miejscowość, data) (podpis)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020"** przez realizatora ……………………………………………………………………,

- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i Umową Nr …………… na realizację w/w programu.

*...................................... ......................................*

*(miejscowość, data) (podpis)*

Załącznik nr 7

**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

**Beneficjent:** Lider – Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

**Tytuł projektu:** „Postaw na profilaktykę-Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”

**Numer umowy:** POWR.05.01.00-00-0035/17-00

**Tytuł programu profilaktycznego:** „Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych |  |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
|  | |
| Podpis uczestnika projektu |  |
|  | |
| Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego |  |
| Adres podmiotu leczniczego |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania medyczne / diagnostyczne |  |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania medyczne / diagnostyczne |  |

Załącznik nr 8

**ANKIETA OCENIAJĄCA WIEDZĘ PACJENTA**

**Imię i nazwisko………………………………………………. Data wypełnienia ankiety………………….……..**

1. Czy udar mózgu jest chorobą stanowiącą zagrożenie życia?

Tak Nie

2. Czy istnieją skuteczne metody leczenia udaru mózgu?

Tak Nie

3. Wskaż, które objawy mogą wskazywać, że to udar mózgu?

a) wykrzywienie twarzy po jednej stronie – szczególnie widoczne jest opuszczenie kącika ust,

b) zaburzenia czucia po jednej stronie ciała lub drętwienie połowy ciała

c) osłabienie kończyny lub kończyn po jednej stronie ciała

d) zaburzenia mowy – mowa bełkotliwa, utrata zdolności wypowiadania słów, trudności w zrozumieniu mowy,

e) niedowidzenie na jedno oko

f) niedostrzeganie połowy pola widzenia

g) zawroty głowy z zaburzeniami w utrzymaniu równowagi, nagłymi upadkami, czasami z podwójnym widzeniem, kłopotami z orientacją i zaburzeniami świadomości.

h) silny ból głowy – najsilniejszy w życiu

i) ból brzucha

4. Czy udar jest chorobą, której objawy powoli się nasilają?

Tak Nie

5. Czy każdy udar to „wylew”?

Tak Nie

6. Jeżeli podejrzewasz u siebie lub u osoby bliskiej udar co robisz? – zakreśl tylko jedną odpowiedź:

a) Mierzę ciśnienie tętnicze

b) Czekam aż objawy ustąpią

c) Czekam, ale jeżeli objawy ni ustępują następnego dnia zgłaszam się do lekarza rodzinnego

d) Dzwonię po kogoś bliskiego i jak do mnie przyjedzie wspólnie podejmujemy decyzję co dalej

e) Natychmiast jadę do lekarza rodzinnego

f) Natychmiast wzywam karetkę pogotowia

g) Umawiam się na wizytę na pilną do lekarza neurologa

7. Czy udar może mieć podłoże genetyczne?

Tak Nie

8. Czy nadciśnienie tętnicze ma związek z udarem mózgu?

Tak Nie

9. Czy udar mózgu częściej występuje u palaczy tytoniu?

Tak Nie

10. Czy udar występuje częściej u osób starszych?

Tak Nie

11. Czy można zachorować na udar przed 40 rokiem życia?

Tak Nie

12. Czy nadmierne spożywanie alkoholu ma związek z udarem?

Tak, zmniejsza ryzyko udaruTak, zwiększa ryzyko udaruNie

13. Czy wysoki poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?

Tak Nie

14. Czy niski poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?

Tak Nie

15. Czy otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na udar?

Tak Nie

16. Czy cukrzyca może zwiększać ryzyko zachorowania na udar?

Tak Nie

17. Ile razy w tygodniu należy uprawiać aktywność fizyczną aby zapobiegać udarom mózgu?

NIE MA TO ZNACZENIA

1 x

2 x

Minimum 3 x

4 x

Minimum 5 x

6 x

Codziennie