Załącznik nr 4a Wzór umowy

Umowa o współpracy w ramach projektu nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 pt. „Przystanek MAMA" dotyczącego realizacji Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej".

zawarta w …..... w dniu …..... r. pomiędzy:

Copernicus Podmiot Leczniczy Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80-803 Gdańsk, NIP: 5833162278, REGON: 221964385, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000478705, zwaną dalej „Beneficjentem", reprezentowanym przez:

Pana Dariusza Jana Kostrzewę - Prezesa Zarządu,

zwanym w treści umowy **„Udzielającym zamówienia",**

a

……,

KRS ……., NIP …….., REGON ……..,

reprezentowanym przez ……., zwanym w treści umowy **„Przyjmujący" zamówienie",**

łącznie zwanymi Stronami.

Mając na uwadze znaczenie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej, konieczność zwiększenia wykrywalności wczesnego rozpoznawania oznak depresji poporodowej, zwiększenia świadomości wśród personelu medycznego poz i szpitali dot. zdrowia psychicznego pacjentek po porodzie, strony zawierają umowę dotyczącą współpracy w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej:

§ 1

Celem zawarcia niniejszej umowy jest zawarcie współpracy z podmiotami leczniczymi - POZ w trybie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań (testów) przesiewowych, wśród kobiet w okresie poporodowym do roku po urodzeniu dziecka, dotyczących wczesnej identyfikacji depresji

poporodowej oraz przeprowadzania konsultacji psychologicznych w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2018 r., poz. 160 ze zm.).

§ 2

Cel umowy

Umowa zostaje zawarta w związku z realizacją przez **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. (Partner wiodący) oraz Fundacją Twórczych Kobiet i Uniwersytetem Gdańskim (Partnerzy projektu)** projektu partnerskiego pt. „**PRZYSTANEK MAMA"** nr **POWR.05.01.00-00-0023/18-00**, złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej" (konkurs nr POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18), ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: Projekt) współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

§ 3

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad i warunków na jakich **Udzielający zamówienia** i **Przyjmujący zamówienie** będą współpracować w zakresie realizacji **Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej"** w ramach Projektu.
2. Program stanowi załącznik nr 17 do regulaminu konkursu, o którym mowa w § 1 i jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs_profilaktyka_depresji.html oraz na stronie internetowej **Udzielającego zamówienia**.

§ 4

Oświadczenia Udzielającego zamówienia

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że na podstawie umowy z dnia 24.04.2019 r. nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 realizuje Projekt w okresie do 31 grudnia 2021 r. na terenie trzech województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego. Termin realizacji projektu może ulec wydłużeniu za zgodą Instytucji Pośredniczącej Programem.
2. W ramach Projektu Udzielający zamówienia zawiera umowy o współpracy z 40 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i 7 Szpitalami z terenu trzech województw (pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego).
3. Udzielający zamówienia oświadcza, że w ramach realizacji Projektu zaplanowano łącznie wypełnienie z kobietami w okresie poporodowym przez położną lub pielęgniarką POZ około 30 000 formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (zw. dalej ESDP), objętymi wizytami patronażowymi. Dodatkowo zakłada się, iż kolejne 6 000 formularzy lub więcej zostanie wypełnionych przez Internet. Ponadto zostanie przeprowadzonych 2 250 konsultacji psychologicznych dla około 750 kobiet, u których wykryto wcześnie rozpoznaną depresją poporodową na podstawie wypełnionego formularza ESPD (dla każdej maksymalnie 3) z terenu województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko - mazurskiego.

4. Liczba spotkań z kobietami w okresie poporodowym (w tym odbycie rozmowy z pacjentką, pomoc w wypełnieniu formularza ESDP i omówienie wyników) przez położną lub pielęgniarkę POZ przez cały okres realizacji Projektu na jednego Przyjmującego zamówienie w ramach niniejszej umowy wyniesie 750.

5. W przypadku Przyjmującego zamówienie dysponujących psychologiem - przeprowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych (maksymalnie 3 konsultacji) u pacjentek, u których stwierdzono konieczność konsultacji z psychologiem na podstawie wypełnionego formularza ESDP. Liczba konsultacji zależna będzie od liczby skierowanych pacjentek na konsultacje.

6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zmiany wartości, o których mowa w niniejszym paragrafie, za zgodą Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwem Zdrowia. Zmiana nastąpi w drodze porozumienia z Przyjmującym zamówienie w formie aneksu do umowy.

§ 5

Oświadczenia Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest podmiotem leczniczym POZ działającym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity – Dz. U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm.).

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z Ogólnopolskim Programem Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej" oraz z postanowieniami Projektu i zobowiązuje się do współpracy zgodnie z ich treścią.

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającymi zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem, umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracę z Udzielającym zamówienia w ramach Projektu.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zatrudnia położne, pielęgniarki i lekarzy (POZ), mających prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, który oddeleguje do udziału w Projekcie

5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia wszystkie wymagania w zakresie realizacji Programu i Projektu.

§ 6

Zasady kwalifikacji pacjentów do Projektu

Pacjenci kwalifikujący się do udziału w Projekcie to kobiety będące w okresie poporodowym (do roku po urodzeniu dziecka), objęte wizytami patronażowymi z obszaru trzech województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego.

§ 7

Zobowiązania Udzielającego zamówienia wynikające z realizacji całości Projektu

1. Udzielający zamówienia oświadcza, że w ramach realizacji Projektu utworzona zostanie strona internetowa Projektu – portal informacyjno-edukacyjny, która będzie służyć m.in. wymianie informacji oraz wdrażaniu profilaktyki dotyczącej wczesnego wykrywania depresji poporodowej.

2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się (w ramach odrębnych umów zawartych w trakcie realizacji Projektu ze wszystkimi Przyjmującymi zamówienie) do:

- prowadzenia działań edukacyjnych położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej: z każdej wybranej poradni POZ, które zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi, pracownicy medyczni zostaną skierowane na szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania ESDP. Szkolenia będą prowadzone przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów. W szkoleniach będą brali udział również lekarze, którzy będą chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie. Szkolenie zakończy się otrzymaniem stosownego certyfikatu. Położne pracujące w programie będą miały również możliwość skorzystania z superwizji i konsultacji psychologicznych poprzez grupy wsparcia prowadzone przez psychologów.

- **prowadzenia akcji edukacyjno – informacyjnych:** uruchomiona zostanie strona projektu zawierająca m.in. podstawowe informacje o depresji poporodowej (objawy, sposoby leczenia), informacje dla bliskich kobiet w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej, porady jak zachęcić do konsultacji ze specjalistą, informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, psychiatryczną, Na stronie będzie również forum nadzorowane przez psychologa, gdzie kobiety będą mogły zadawać pytania, wymienić się spostrzeżeniami, wątpliwościami, porozmawiać z innymi kobietami; psycholog będzie odpowiedzialny za odpowiedzi na ewentualne pytania pojawiające się do specjalisty. Na stronie będzie można wypełnić formularz ESDP i otrzymać informację zwrotną o uzyskanych wynikach. Ponadto zostaną opracowane materiały informacyjno – edukacyjne, które będą przekazywane kobietom w ciąży korzystającym z wizyty czy to u lekarza ginekologa czy u położnej, oraz kobietom w okresie poporodowym w trakcie wizyt patronażowych położnych i pielęgniarek.

- **promocja Programu.**

3. Udzielający zamówienia zorganizuje również akcje edukacyjne dla pacjentów, podnoszące świadomość wśród kobiet w okresie poporodowym oraz w ich środowisku, mające na celu wzrost zgłoszeń na badania profilaktyczne w zakresie wczesnego wykrycia depresji poporodowej.

§ 8

Zobowiązania Przyjmującego zamówienie (POZ)

1. Zobowiązania Przyjmującego zamówienie wynikają z realizacji Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej". Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż Umowa będzie wykonywana zgodnie z aktualnymi wskazaniami i wymaganiami Projektu, które Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się samodzielnie monitorować oraz zapoznawać się z nimi.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1) Przeprowadzania spotkań, rozmów i pomoc w wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (testy przesiewowe w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej) z kobietami w okresie poporodowym w liczbie 750 kobiet, w całym okresie trwania umowy (nie więcej niż jeden formularz ESDP na jedną kobietę). Pracownicy medyczni Przyjmującego zamówienie są zobowiązani przeprowadzić z pacjentką rozmowę edukacyjną dot. wczesnego wykrywania depresji poporodowej, zachęcić do wypełnienia formularza ESDP, omówić wyniki wypełnionego formularza, w razie konieczności poinformować o możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznej, poinformować o stronie internetowej projektu, przekazać dostępne materiały edukacyjne.
2) W przypadku ośrodków dysponujących psychologiem - przeprowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych (maksymalnie 3 konsultacji na pacjentkę) u pacjentek, u których stwierdzono konieczność konsultacji z psychologiem na podstawie wypełnionego formularz ESDP. Liczba konsultacji zależna od liczby skierowanych pacjentek. Czas trwania 1 konsultacji ok. 45 min. Psycholog będzie zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji z całkowitym poszanowaniem praw pacjenta, przestrzegania tajemnicy zawodowej, udziału w webinarium dotyczącym realizacji zadania – przed rozpoczęciem realizacji usługi, zapoznania się z „Programem Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej" oraz prowadzenia dokumentacji medycznej według wymagań Udzielającego zamówienia, tj.: indywidualnej karty pacjenta, listy obecności.
3) Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość zmniejszenia bądź zwiększenia wymienionej w podpunkcie 1) liczby świadczeń o 50%, w sytuacji gdyby któraś z placówek medycznych miała problem z uzyskaniem wskazanej liczby pacjentek, ze względu na mniejszą liczbę urodzeń, a inna placówka medyczna będzie mogła wykonać większą liczbę spotkań i wypełnić więcej formularzy ESPD. Zmiana nastąpi stosunkowo do liczby urodzeń.
4) Lekarze, położne i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ramach współpracy są zobowiązani: wypełnić dokumentację niezbędną do realizacji Projektu (formularz zgłoszeniowy, deklarację uczestnictwa w projekcie, zgodę na przetwarzanie danych osobowych, umowę uczestnictwa, oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, ankietę etc.).

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypełniania wszelkiej dokumentacji niezbędnej do realizacji Programu, na wzorach dostarczonych przez Udzielającego zamówienia oraz przekazywania jej do Udzielającego zamówienia w terminie do 5 dni kalendarzowych od zakończenia danego miesiąca, w oryginałach, przesyłką poleconą za zwrotnym poświadczeniem odbioru np. kurierem lub osobiście.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do podpisania z każdą ze wskazanych osób wskazanych w ust. 2 upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiącego załącznik nr 5 do Umowy, odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych stanowiący załącznik nr 6 do niniejszej umowy (jeśli takie upoważnienie zostanie odwołane), oraz oświadczenie o znajomości zasady równości szans kobiet i mężczyzn załącznik nr 9 do umowy.

5. Przyjmujący zamówienie wyznaczy osobę odpowiedzialną, która będzie koordynować działania realizowane w POZ.

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do oddelegowania pracowników wykonujących przedmiot niniejszej Umowy oraz innych chętnych pracowników - lekarzy, pielęgniarki, położne, którzy zajmują się opieką nad kobietami w okresie poporodowym i dziećmi w wieku do 1 – roku życia, do odbycia szkoleń z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej, na podstawie i zgodnie z umową stanowiąca załącznik 4b do ogłoszenia o konkursie.

§ 9

Terminy

1. Umowa dotycząca współpracy w zakresie profilaktyki w zakresie wczesnego wykrywania depresji poporodowej wśród kobiet wiąże strony od dnia jej zawarcia przez cały okres realizacji Projektu, tj. do **31 grudnia 2021 r.** Termin realizacji projektu może ulec wydłużeniu za zgodą Instytucji Pośredniczącej Programem.

§ 10

Sposób realizacji świadczeń przez Przyjmującego zamówienie

1. Realizacja Projektu, tj. realizacja zobowiązań Przyjmującego zamówienie, o których mowa w § 8, prowadzona będzie w poradniach POZ.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić pacjentom dostęp do nich w godzinach 8-18, liczone w skali tygodnia. Dodatkowo Przyjmujący zamówienie, w miarę możliwości powinien przewidzieć dostęp do świadczeń w dniach wolnych od pracy i w godzinach wieczornych.

§ 11

Dokumentacja pacjentów

1. Udzielający zamówienia dostarcza wzory dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania pacjenta do Projektu i udokumentowania udzielonej konsultacji.

2. Udzielający zamówienia dostarczy broszury edukacyjne, które Przyjmujący zamówienie będą mogli przekazywać uczestnikom Projektu w trakcie projektu.

3. W celu zakwalifikowania danej osoby do Projektu niezbędne jest wypełnienie formularza ESPD wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach Projektu. Personel medyczny POZ i pacjent potwierdzają odbycie indywidualnej konsultacji stosownym oświadczeniem. Każde spotkanie/ konsultacja wymaga wypełnienia dokumentacji, o której mowa w ust. 4.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania wypełnionych dokumentów:

   a) Etap I: Przeprowadzenie z kobietami spotkań, rozmów i pomoc w wypełnieniu formularza ESDP w okresie poporodowym:

   - Załącznik 1. Edynburska Skala Depresji Poporodowej,

- Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu,
- Załącznik nr 4 Oświadczenie lekarza/personelu i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

b) Etap II: Przeprowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych (maksymalnie 3 konsultacji) u pacjentek, u których stwierdzono konieczność konsultacji z psychologiem na podstawie wypełnionego formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej:

- Załącznik nr 3 Formularz danych osobowych uczestnika projektu,
- Załącznik nr 8 Deklaracja uczestnictwa w projekcie.
- Załącznik nr 4 Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

5. Przyjmujący zamówienie przekazuje dokumentację dotyczącą udzielenia indywidualnych konsultacji Udzielającemu zamówienia, zgodnie z postanowieniami par 8 ust 6.

6. Niezależnie od powyższego, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przesyłania odpowiednio zabezpieczonych (gwarantujących pełne zabezpieczenie przed nieuprawnionym dostępem osób nieuprawnionych do danych) skanów dokumentacji dotyczącej udzielenia wsparcia na adres mailowy w ramach Projektu: ……. w ciągu 3 dni roboczych od dnia udzielenia wsparcia.

7. Wzory dokumentów, o których mowa w ust. 4, mogą ulec zmianie w przypadku innych wymogów określonych w regulaminie konkursu dot. grupy docelowej i uczestników Projektu. Powyższe zmiany nie będą wymagały aneksu do umowy.

8. Niezależnie od wymogów sporządzania i prowadzenia dokumentacji wynikających z Projektu i niniejszej Umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi przepisami dokumentacji medycznej związanej z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji medycznej powyżej na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 12

Podpowierzenie danych osobowych

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest podmiotem przetwarzającym w procesie przetwarzania danych osobowych w ramach realizacji Projektu „Przystanek MAMA" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Administratorem danych osobowych jest Skarb Państwa - Minister Właściwy do Spraw Rozwoju Regionalnego.

3. Na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0023/18-00 z dnia 24.04.2019 r. zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienia a Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia (tj. Instytucją Pośredniczącą) powierzono Udzielającemu zamówienia przetwarzanie danych osobowych, w trybie art. 28 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 w dalszej części niniejszej umowy (zwanego dalej „RODO"). W celu wykonania niniejszej umowy Udzielający zamówienia podpowierza Przyjmującemu zamówienie- „Podprocesorowi" przetwarzanie danych osobowych w zakresie i na zasadach określonych w Umowie o podpowierzenie danych osobowych stanowiącej załączniku nr 10 do nin. Umowy.

§ 14

Rozliczenia

1. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji niniejszej umowy wynagrodzenie w wysokości:

a) dodatek dla położnych/ pielęgniarek za każdy wypełniony formularz ESDP - test przesiewowy w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej z pacjentką z którą przeprowadzono spotkanie, rozmowę, oraz omówienie wyników testu - 25,00 zł brutto,

b) z tytułu przeprowadzonej jednostkowej, indywidualnej konsultacji psychologicznej (min. 45 min) - 98,00 zł brutto (nie więcej niż 3 konsultacje na jedna pacjentkę).

2. Wynagrodzenie należne Przyjmującemu zamówienie płatne będzie kwartalnie lub miesięcznie w zależności od dostępnych i przekazanych dla Udzielającego zamówienia dotacji (zaliczek) na realizację projektu od Instytucji Pośredniczącej. Podstawę do wystawienia faktury lub innego równoważnego dokumentu przez Przyjmującego zamówienie stanowi komplet prawidłowo wypełnionych i przekazanych do Udzielającego zamówienia dokumentów (formularz zgłoszeniowy, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych, deklaracja uczestnictwa, oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, kwestionariusze przesiewowe), które zostanie potwierdzone każdorazowo protokołem odbioru przedmiotu zamówienia za okres, którego wzór stanowi załącznik nr 7.

3. Wynagrodzenie płatne jest na podstawie faktury lub innego równoważnego dokumentu w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego zamówienia dokumentów wskazanych w ust. 3. W przypadku opóźnień w przekazaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację Projektu, wynagrodzenie będzie płatne w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania przez Udzielającego zamówienia środków na realizację Projektu, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.

§ 15

Rozwiązanie umowy

1. Udzielający zamówienia jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy z upływem 1 - miesięcznego okresu wypowiedzenia w każdym czasie bez możliwości dochodzenia przez Przyjmującego zamówienie odszkodowania z tego tytułu.

2. Udzielający zamówienia jest uprawniony do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej Umowy lub postanowień Projektu lub Programu min. w przypadkach:

a) naruszenia zasad przetwarzania danych osobowych,
b) fałszowania dokumentacji,
c) braku realizacji umowy w odpowiednim terminie,
d) naruszania praw pacjenta,
e) nieprzekazywania lub nieprawidłowego przekazywania dokumentacji.
f) braku współpracy z Udzielającym zamówienia,
g) utraty uprawnień Przyjmującego zamówienie do realizowania Umowy.
h) utraty zaufania Udzielającego zamówienia do Przyjmującego zamówienie.

3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w przypadku zaprzestania realizacji Projektu, w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia będącego podstawą rozwiązania tj. od wysłania informacji do Instytucji Pośredniczącej o zaprzestaniu realizacji projektu wskazanego w § 2.

§ 16

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej w całym okresie wykonywania umowy w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przedłużania i przedkładania Udzielającemu zamówienia ubezpieczenia na cały okres obowiązywania umowy.
3. W przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia. Zapis ten stosuje się odpowiednio w przypadku braku przedłożenia dowodu kontynuacji ubezpieczenia. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest poddać się kontroli Udzielającego zamówienia, w tym również kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienia oraz podmioty uprawnione do kontroli Projektu.
4. Przyjmujący zamówienie udzieli wszelkich wyjaśnień Udzielającemu zamówienia w przypadku skarg, zażaleń, zarzutów odnośnie prawidłowości wykonanych świadczeń w terminie nie dłuższym niż 10 dni od dostarczenia wezwania do wyjaśnienia, chyba, że wezwanie określi inny termin.
5. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych i innych czynności niezbędnych do wykonania niniejszej umowy.

§ 17

Postanowienia końcowe

1. Bez pisemnej pod rygorem nieważności zgody Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie nie może dokonać żadnej czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w szczególności zawrzeć umowy poręczenia w stosunku do zobowiązań Udzielającego zamówienia.

2. Wszelkie zmiany postanowień umowy będę dokonywane za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany, z zastrzeżeniem § 11 ust. 7 .

3. Zmiana treści umowy jest dopuszczalna, przy zachowaniu warunków określonych w art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. Renegocjacja warunków umowy jest możliwa, jeżeli zajdą okoliczności, których przy zawarciu umowy nie można było przewidzieć np.: w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,

a) w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,

b) w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji Projektu.

4. Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.

5. Spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

6. Niniejsza umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie i dwa dla Udzielającego zamówienia.

_____ _____

Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie

Załączniki:

Załącznik nr 1. Edynburska Skala Depresji Poporodowej.

Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu.

Załącznik nr 3 Formularz danych osobowych uczestnika projektu.

Załącznik nr 4 Oświadczenie lekarza/personelu medycznego i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

Załącznik nr 5 Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 6 Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 7 Protokół odbioru przedmiotu zamówienia.

Załącznik nr 8 Deklaracja uczestnictwa w projekcie.

Załącznik nr 9 Oświadczenie o znajomości zasady równości szans kobiet i mężczyzn.

Załącznik nr 10 Umowa podpowierzenia przetwarzania danych osobowych.

Załącznik nr 1. Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Edynburska Skala Depresji Poporodowej[1]

Pytania dotyczą samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia.:

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

☐ tak często jak zazwyczaj (0 punktów)

☐ trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)

☐ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)

☐ zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

☐ tak jak zawsze (0 punktów)

☐ rzadziej niż zawsze (1 punkt)

☐ zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)

☐ nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

☐ tak w większości przypadków (3 punkty)

☐ tak, czasami (2 punkty)

☐ rzadko (1 punkt)

☐ wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

☐ zupełnie nie (0 punktów)

☐ raczej nie (1 punkt)

☐ tak, czasami (2 punkty)

☐ tak, bardzo często (3 punkty)

5. * Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

☐ tak, często (3 punkty)

☐ tak, czasami (2 punkty)

[1] Źródło: Borysewicz K., Edynburska skala depresji poporodowej, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2000, 9: 71-77

☐ nie, raczej nie (1 punkt)

☐ nie, wcale (0 punktów)

6. * Wydarzenia przerastały mnie

☐ tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)

☐ czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)

☐ przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)

☐ radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. * Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)

☐ tak czasami (2 punkty)

☐ rzadko (1 punkt)

☐ nie, wcale nie (0 punktów)

8. * Czułam się samotna i nieszczęśliwa

☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)

☐ tak, dość często (2 punkty)

☐ niezbyt często (1 punkt)

☐ nie, wcale nie (0 punktów)

9. * Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

☐ tak, przez większość czasu (3 punkty)

☐ tak, dość często (2 punkty)

☐ tylko sporadycznie (1 punkt)

☐ nie, wcale nie (0 punktów)

10. * Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

☐ tak, dość często (3 punkty)

☐ czasami (2 punkty)

☐ rzadko (1 punkt)

☐ nigdy (0 punktów)

Uwaga:

*Kobieta która uzyska wynik wyższy niż 10 pkt lub udzieliła odpowiedzi, które wskazują na myśli samobójcze (dot. to pozycji 10 formularza ESDP, w której zaznaczono odpowiedź: „czasami" lub „*tak, dość często") ***powinna*** *skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności.*
Badane otrzymują do wypełnienia skalę bez punktów zamieszczonych przy poszczególnych wersjach odpowiedzi.

** Pytania odwrócone.*

Instrukcja stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS

1. Młodą matkę należy prosić o podkreślenie odpowiedzi najlepiej pasującej do jej samopoczucia w ciągu ostatnich 7 dni.
2. Należy uzyskać odpowiedzi na wszystkie 10 punktów.
3. Matka musi udzielać odpowiedzi samodzielnie. Nie wolno dopuścić do omawiania odpowiedzi z kimś trzecim.
4. Matka powinna wypełnić ankietę osobiście, z położną lub pielęgniarką lub on-line.

Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Przystanek MAMA"** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój":

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych":

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **„Przystanek MAMA”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 125, 00-952 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt – **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o. o., ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80- 803 Gdańsk** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **podmioty lecznicze POZ/Szpitale (nazwa i adres ww. podmiotów znajduje się na stronie internetowej – …….).** Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty …….. (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…..…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS *UCZESTNIKA PROJEKTU**

Załącznik nr 3 Formularz danych osobowych uczestnika projektu

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA		DANE UCZESTNIKA PROJEKTU
Dane Uczestnika	IMIĘ		
	NAZWISKO		
	PESEL		
	WYKSZTAŁECENIE	☐ Niższe niż podstawowe	☐ Ponadgimnazjalne
		☐ Podstawowe	☐ Policealne
		☐ Gimnazjalne	☐ Wyższe
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)		
	Kod pocztowy/ Miejscowość		
	Powiat/ Gmina		
	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mail		
Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy zaznaczyć znakiem „x” w wybranym polu):		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
			Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
			Osoba bierna zawodowo
			Osoba pracująca
	W tym (dotyczy tylko osób pracujących/ należy zaznaczyć znakiem „x” w wybranym polu):		Osoba pracująca w administracji rządowej
			Osoba pracująca w administracji samorządowej
			Inne
			Osoba pracująca w MMŚP
			Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
			Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
			Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	Wykonywany zawód (dotyczy tylko osób pracujących):		
	Zatrudniony w (dotyczy tylko osób pracujących/ należy podać nazwę zakładu pracy):		
	Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE ☐ odmowa udzielenia informacji

	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK		☐ NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami*	☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa udzielenia informacji
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	☐ TAK	☐ NIE	☐ odmowa udzielenia informacji

*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):
……..…….....

Załącznik nr 4 Oświadczenie lekarza/personelu medycznego i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Oświadczenie lekarza/personelu medycznego i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80-803 Gdańsk**
Tytuł projektu: **„Przystanek MAMA"**
Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0023/18-00**
Tytuł programu profilaktycznego: **„Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej"**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Telefon:	
E-mail:	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne i informację o stronie internetowej projektu	
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 laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć	

Załącznik nr 5 Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

UPOWAŻNIENIE Nr_____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem [_____] r., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1) (RODO), upoważniam [_____]
do przetwarzania danych osobowych w zbiorze Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój.
Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego łączącego Pana/Panią* z [_____].

_____
Czytelny podpis osoby upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień.

Upoważnienie otrzymałem/am
_____
(miejscowość, data, podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w _____
opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo 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 ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z [_____].

_____
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6 Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr _____
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Z dniem _____ r., na podstawie art. 29 w związku z art. 28 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) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1), odwołuję upoważnienie Pana /Pani* _____ nr _____ do przetwarzania danych osobowych wydane w dniu _____.

_____ _____
Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

_____
(miejscowość, data)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 7 Protokół odbioru przedmiotu zamówienia

Data …… r.

PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA za okres……..

Dotyczy umowy wytypowania wśród pacjentów POZ-tu osób, które kwalifikują się do projektu pn.: „**Przystanek Mama**" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przyjmujący zamówienie:
……
……

1. Numer umowy: **…… z dnia ……**

Cena umowna:

☐ Dodatek dla położnych/ pielęgniarek za przeprowadzenie spotkania, rozmowę z pacjentką oraz pomoc w wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i omówienie wyników wynosi **25,00 zł**

☐ Z tytułu przeprowadzonej jednostkowej, indywidualnej konsultacji psychologicznej, podmiot podstawowej opieki zdrowotnej będzie wynosiła **98,00 zł**

Strony stwierdzają, że Przyjmujący zamówienie przesłał **do COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o. o.** następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej ze świadczeniem badania w zakresie **wczesnej identyfikacji depresji poporodowej**:

Ilość przeprowadzonych spotkań, rozmowę z pacjentką oraz pomoc w wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i omówienie wyników: ……..

Ilość indywidualnej konsultacji psychologicznej: …….

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Przyjmującego zamówienie rachunku na kwotę:
……. (słownie:
…….. 00/100 brutto).

Przyjmujący zamówienie | Udzielający zamówienia

…… | ……
/data, podpis i pieczątka/ | /data, podpis i pieczątka/

Załącznik nr 8 Deklaracja uczestnictwa w projekcie

…….. ……
Pieczęć ośrodka Data

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a
……. (imię i nazwisko)
……..(data urodzenia), ……..(pesel)

potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

☐

- kobietą będącą w okresie poporodowym,
- zamieszkuję w jednym z 3 województw: pomorskiego, kujawsko – pomorskiego i warmińsko – mazurskiego,
- nie mam zdiagnozowanej depresji poporodowej i nie leczę się z tego powodu.

Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji programu w celu kontroli przez wszystkie uprawnione do kontroli podmioty.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Zapoznałem/am się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.

Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

…….
(Data, czytelny podpis Uczestnika)

Załącznik nr 9 Oświadczenie o znajomości zasady równości szans kobiet i mężczyzn

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana poświadczam własnoręcznym podpisem, iż zostałem/zostałam poinformowana o realizacji równości szans kobiet i mężczyzn w niżej wymienionym projekcie.
Tytuł projektu: „**Przystanek MAMA”**
Program: Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
Numer i nazwa Osi priorytetowej: V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Numer i nazwa działania: 5.1 Programy profilaktyczne

…….. ……
Imię i nazwisko lekarza /pielęgniarka/położna POZ/Szpital (pieczęć placówki)