



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Łódź, 20.10.2017r.

### OGŁOSZENIE

**o naborze placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w ramach projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi ogłasza otwarty nabór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: łódzkiego, podlaskiego i małopolskiego do współpracy w ramach projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**



Profilaktyka  
Nowotworów  
Głowy i Szyi

**Nabór jest realizowany w ramach Projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. "Profilaktyka nowotworów głowy i szyi" nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020**

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

### 1. Dane zamawiającego

**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi,**

93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

NIP: 7292345599,

REGON: 000295403,

Tel: 42 6895899,

Fax: 42 6895928,

Adres e-mail: [unia@kopernik.lodz.pl](mailto:unia@kopernik.lodz.pl)

Adres strony internetowej: [www.kopernik.lodz.pl](http://www.kopernik.lodz.pl), [www.roo.kopernik.lodz.pl](http://www.roo.kopernik.lodz.pl)

### 2. Tryb udzielenia zamówienia

Do udzielenia przedmiotowego zamówienia stosuje się przepisy dotyczące zamówień na usługi społeczne i inne szczególne usługi, wymienione w rozdziale 6 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164, z późn. zm.). Wartość zamówienia nie przekracza kwot określonych w art. 138g ust.1., więc do udzielenia zamówienia stosuje się przepisy art. 138 o ust. 2-4 ww. Ustawy Pzp.

### 3. Cel naboru

Celem naboru jest nawiązanie współpracy z placówkami POZ w zakresie świadczenia usług zdrowotnych oraz udziału personelu medycznego tych placówek w szkoleniach. Działania stanowią element wdrożenia programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi, ukierunkowanego na wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi (zgodnie z wytycznymi zawartymi w "Ogólnopolskim programie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi). Współpraca z placówkami POZ obejmować będzie realizację świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów w wieku 40-65 lat znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka (wieloletni palacze, osoby nadużywające alkohol, osoby o podwyższonym ryzyku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego) oraz pacjentów, którzy nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z objawów (pieczenie języka, nieogórczące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem), które zostaną objęte badaniami przesiewowymi w celu wczesnego wykrycia choroby oraz szkolenia pracowników ochrony zdrowia.

### 4. Opis przedmiotu naboru

4.1 Przedmiotem naboru jest współpraca placówki POZ z Zamawiającym, i jego Partnerami, w ramach realizacji projektu „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. "Profilaktyka nowotworów głowy i szyi" nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, w zakresie:

4.1.1 Realizacji świadczeń zdrowotnych na poziomie placówki POZ na rzecz pacjentów z przedziału wiekowego 40-65 lat (kobiety i mężczyźni), znajdujących się w grupie ryzyka tj. wieloletnich palaczy, osób nadużywających alkohol, osób o podwyższonym ryzyku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego oraz pacjentów nie znajdujących się w grupie ryzyka, w zakresie podstawowej diagnostyki (jedna konsultacja dla jednego pacjenta) ukierunkowanej na weryfikację objawów choroby nowotworowej i, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności, skierowania na badania laryngologiczne (ze wskazaniem adresów ośrodków - poradni laryngologicznych). W trakcie

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

konsultacji lekarz wypełnia ankietę dot. czynników ryzyka, która spełnia rolę skierowania na badania laryngologiczne.

Rozliczeniu podlegać będą udzielone konsultacje, w wyniku których lekarz placówki POZ poprawnie zakwalifikuje pacjenta do programu, na podstawie ustalonych *kryteriów kwalifikowalności*, zdefiniowanych w „Ogólnopolskim programie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi” tj.:

- pieczenie języka,
- niegojące się owrzodzenie,
- oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej,
- ból gardła,
- przewlekła chrypka,
- guz na szyi,
- niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
- ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.

Wynagrodzenie za świadczenie lekarza w placówce POZ (za jedną konsultację) wynosi 48 zł brutto.

4.1.2 Udziału zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ personelu medycznego tj. lekarze rodzinni, lekarze dentyści, pielęgniarki, farmaceuci (minimum 2 osoby z placówki POZ) w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego dotyczących zwiększenia wiedzy i kompetencji kadry medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów głowy i szyi. Realizacja szkoleń odbędzie się zgodnie z harmonogramem ustalonym po zakończeniu naboru placówek POZ, i który będzie na bieżąco przekazywany placówkom POZ oraz zamieszczany na stronie projektu [www.roo.kopernik.lodz.pl](http://www.roo.kopernik.lodz.pl) oraz na stronach Partnerów projektu, tj.: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów ([www.uskwam.umed.lodz.pl](http://www.uskwam.umed.lodz.pl)) oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie ([www.su.krakow.pl](http://www.su.krakow.pl)).

Koszty organizacji szkoleń ponosi Zamawiający z wyłączeniem opłat za dojazd i nocleg.

Udział w szkoleniu wyznaczonego przez placówkę POZ personelu medycznego jest obowiązkowy. Nie dopuszcza się przystąpienia do projektu placówki POZ, która nie zadeklaruje udziału w szkoleniu personelu medycznego.

Realizacja projektu uwzględnia wpływ na polityki horyzontalne UE, w tym wpływ na zachowanie równości szans kobiet i mężczyzn, dlatego w szkoleniach może wziąć udział określona liczba kobiet i mężczyzn. Zamawiający przyjął, że w szkoleniach weźmie udział 90 kobiet i 60 mężczyzn. Wskaźnik liczby kobiet i mężczyzn biorących udział w szkoleniach będzie na bieżąco monitorowany przez Zamawiającego z zastrzeżeniem prawa do ustalania składu personelu medycznego typowanego do udziału w szkoleniach, tak aby możliwe było osiągnięcie wskaźnika.

4.2 Z udziału w naborze wykluczone są podmioty powiązane kapitałowo lub finansowo z Zamawiającym i Partnerami projektu, gdzie przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

#### 4.3 Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień:

85.12.10.00-3 – usługi medyczne

### 5. Termin wykonania zamówienia

5.1 Zamawiający wymaga realizacji zamówienia w okresie: **01.11.2017r. - 30.09.2019r.**

5.2 W przypadku przedłużenia trwania Projektu Umowa z placówką POZ obowiązuje do dnia zakończenia Projektu zgodnie z umową z Ministerstwem Zdrowia.

### 6. Warunki udziału placówek POZ w naborze

Placówka POZ przystępująca do naboru powinna wykazać, że

- 1) Posiada jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: łódzkiego, podlaskiego, małopolskiego.
- 2) Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia.
- 3) Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarza POZ.
- 4) Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego min. 2 osoby z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz lub pielęgniarka.

### 7. Sposób przygotowania i złożenia oferty

7.1 Ofertę należy sporządzić w języku polskim.

7.2 Oferta musi zawierać:

- Wypełniony i podpisany Formularz Ofertowy zawierający Oświadczenie Oferenta - wg Załącznika nr 1,

7.3 Składana oferta wymaga **podpisu osoby/osób uprawnionych do reprezentowania placówki POZ** składającej ofertę zgodnie z wymaganiami ustawowymi. Osoba podpisująca ofertę zobowiązana jest załączyć do oferty dokumenty, z których będzie wynikało prawo do reprezentacji Placówki POZ. Jeżeli ofertę podpisuje inna osoba, niż wynika to z prawa do reprezentacji, wraz z Ofertą zobowiązana jest ona złożyć stosowne **Pełnomocnictwo**.

7.4 Ofertę składa się, pod rygorem nieważności, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną z tym, że:

- jeśli oferta jest składana pisemnie, musi być ona zawarta w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu w sposób zapewniający nieujawnienie treści oferty do chwili jej otwarcia. Zamknięta koperta lub inne opakowanie musi być opatrzone danymi oferenta (nazwa i adres lub pieczęć firmowa oferenta) oraz zawierać oznaczenie:



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii**

**im. M. Kopernika w Łodzi,**  
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62  
Dział Projektów i Rozwoju  
p. 47

**„Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej”**

- jeśli oferta jest składana drogą elektroniczną (mailowo), w tytule maila należy podać:  
**„Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej”**. Oferta musi być przesłana do Zamawiającego w formie załącznika zawierającego skan (format pliku PDF) dokumentów wymienionych w par. 7 ust. 7.2.

7.5 Oferty niekompletne lub niezgodne z warunkami udziału w naborze będą odrzucone.

7.6 Jedna placówka POZ może złożyć jedną ofertę.

7.7 Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych lub wariantowych.

7.8. W trakcie oceny oferty Zamawiający może zażądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.

7.9 Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.

7.10 Pytania dotyczące składania ofert należy kierować na adres e-mail: [profilaktyka@kopernik.lodz.pl](mailto:profilaktyka@kopernik.lodz.pl).

## **8. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert**

8.1 Nabór ofert odbywa się w 3 turach tj.:

- I tura naboru: **do 27 października 2017r.**,

- II tura naboru: **do 24 listopada 2017r.**,

- III tura naboru: **do 20 grudnia 2017r.**

8.2 Ofertę w formie pisemnej należy złożyć w siedzibie Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, Dział Projektów i Rozwoju, p. 47, **do godz. 12.00 dla każdej wskazanej w par.8 ust.8.1 daty naboru.**

8.3 Ofertę w formie elektronicznej należy złożyć na adres: [profilaktyka@kopernik.lodz.pl](mailto:profilaktyka@kopernik.lodz.pl) **do godz. 12.00 dla każdej wskazanej w par.8 ust.8.1 daty naboru.**

8.4 O dostarczeniu oferty decyduje data i godzina faktycznego wpływu oferty do Zamawiającego.

8.5 Otwarcie wszystkich ofert, przesłanych pisemnie bądź elektronicznie w danej turze naboru, nastąpi w dniu zakończenia naboru o godz. 12:30 w siedzibie Zamawiającego.

## **9. Dodatkowe postanowienia dotyczące naboru**

9.1. Termin związania ofertą: 30 dni kalendarzowych od zakończenia terminu składania ofert.

9.2. Zamawiający zastrzega sobie prawo wydłużenia terminu składania Ofert.

9.3. Zamawiający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia negocjacji z placówkami POZ przed dokonaniem wyboru oferty najkorzystniejszej.

9.4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia naboru na każdym jego etapie.

9.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zakończenia naboru na każdym jego etapie, w szczególności z powodu wyczerpania puli dostępnych miejsc.

9.6. Zamawiający o wynikach naboru powiadomi wszystkie placówki POZ, które złożyły ofertę oraz zamieści stosowną informację na stronie internetowej Zamawiającego.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

## **10. Kryteria oceny oferty**

10.1 Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

- 1) Placówka POZ przystępująca do naboru posiada jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: łódzkiego, podlaskiego, małopolskiego.
- 2) Placówka POZ przystępująca do naboru posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia.
- 3) Placówka POZ przystępująca do naboru dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarza POZ.
- 4) Placówka POZ przystępująca do naboru deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego min. 2 osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz lub pielęgniarka.
- 5) Placówka POZ przystępująca do naboru deklaruje, że koszt świadczenia lekarza w placówce POZ (za jedną konsultację) nie przekroczy 48,00 zł brutto.

10.2 Kryteria będą oceniane przez Zamawiającego na zasadzie podpisanego oświadczenia będącego częścią treści Załącznika 1.

### **Do Ogłoszenia dołączono:**

**Załącznik Nr 1 - Formularz Oferty,**

**Załącznik Nr 2 - Szczegółowy Opis Przedmiotu Naboru,**

**Załącznik Nr 3 - Wzór Umowy o Współpracy.**

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**ZAŁĄCZNIK Nr 1 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTY**



Profilaktyka  
Nowotworów  
Głowy i Szyi

**dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: łódzkiego, podlaskiego i małopolskiego do współpracy w ramach projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

**DANE OFERENTA**

Nazwa placówki	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu/lokalu	
Nr KRS (jeśli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	
Status prawny	
Adres e-mail	
Nr telefonu	
Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym	

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze, treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Naboru (Załącznik 2) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Załącznik 3) i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach.

2. Oświadczam, że:

a) Podpisanie przez Naszą placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

b) Podpisanie przez naszą placówkę Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania zapisów „Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi” oraz „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)

### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

**w procedurze naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w ramach projektu Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: łódzkiego, podlaskiego i małopolskiego**

**do współpracy w ramach projektu „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

Oświadczam, że placówka POZ, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn:

1. Posiada jednostkę organizacyjną /siedzibę\* na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: łódzkiego, podlaskiego, małopolskiego\* ,
2. Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia,
3. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarz POZ,
4. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego ..... osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), w tym:  
..... kobietę/kobiety\*  
..... mężczyznę/mężczyzn\* .
5. Deklaruje, że koszt świadczenia lekarza w placówce POZ (za jedną konsultację) nie przekroczy 48,00 zł brutto.

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)

-----  
\* - niewłaściwe przekreślić



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

## ZAŁĄCZNIK Nr 2 do Ogłoszenia

### SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU NABORU

#### I. Podstawy i przedmiot naboru

Zamawiający, w okresie od 01.09.2017r. do 30.09.2019r., będzie realizował projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, który jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt jest realizowany przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62 ([www.roo.kopernik.lodz.pl](http://www.roo.kopernik.lodz.pl)), w partnerstwie z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralnym Szpitalem Weteranów, 90-549 Łódź, ul. Stefana Żeromskiego 113 ([www.uskwam.umed.lodz.pl](http://www.uskwam.umed.lodz.pl)) oraz Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, 31-501 Kraków, ul. Mikołaja Kopernika 36 ([www.su.krakow.pl](http://www.su.krakow.pl)).

Celem Projektu jest wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi - zgodnie z wytycznymi zawartymi w "Ogólnopolskim programie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi" na obszarze woj. łódzkiego, podlaskiego i małopolskiego.

Zamawiający ogłasza nabór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (placówek POZ) w celu nawiązania współpracy w ramach Projektu w zakresie:

1. Realizacji świadczeń zdrowotnych na poziomie placówki POZ na rzecz pacjentów z przedziału wiekowego 40-65 lat (kobiety i mężczyźni), znajdujących się w grupie ryzyka tj. wieloletnich palaczy, osób nadużywających alkoholu, osób o podwyższonym ryzyku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego oraz pacjentów, którzy nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z objawów (pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem), w zakresie podstawowej diagnostyki (jedna konsultacja dla jednego pacjenta) ukierunkowanej na weryfikację objawów choroby nowotworowej i, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności, skierowania na badania laryngologiczne (ze wskazaniem adresów ośrodków - poradni laryngologicznych). W trakcie konsultacji lekarz wypełnia ankietę dot. czynników ryzyka (wg Załącznika 2 do Umowy), która spełnia rolę skierowania na badania laryngologiczne.

W ramach świadczeń lekarz placówki POZ powinien:

- a. wytypować ze swojej listy pacjentów osoby z grupy wiekowej 40-65 lat (w wieku aktywności zawodowej), które kwalifikują się do realizacji projektu tzn. znajdują się w grupie ryzyka tj.:
  - są wieloletnimi palaczami,
  - nadużywają alkoholu,
  - mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, oraz pacjentów, którzy nie są w grupie ryzyka tj.:

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

- nie są wieloletnimi palaczami,
  - nie nadużywają alkoholu,
  - nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego,
  - a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z objawów (pieczenie języka, nieogojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem);
- b. przeprowadzić wywiad pod względem jednego z poniższych objawów, które występują przez ponad 3 tygodnie (niezwiązanych z ewentualną infekcją górnych dróg oddechowych):
- pieczenie języka,
  - nieogojące się owrzodzenie,
  - oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej,
  - ból gardła,
  - przewlekła chrypka,
  - guz na szyi,
  - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
  - ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.

Zakres usługi świadczenia lekarza POZ dla ww. grupy docelowej pacjentów obejmuje:

1. w przypadku występowania ww. objawów:
    - wypełnienie ankiety dot. czynników ryzyka (załącznik nr 2 do Umowy o współpracy) i przekazanie pacjentowi adresów ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie specjalistyczne,
    - przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych dot. NGiSz (otrzymanych od Zamawiającego).
  2. w przypadku braku występowania ww. objawów:
    - przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej z pacjentem dot. czynników ryzyka zachorowania na NGiSz,
    - przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych dot. NGiSz (otrzymanych od Zamawiającego).
  3. Placówka POZ będzie zobligowana do zgromadzenia i przekazania Zamawiającemu dokumentacji dotyczącej każdego zakwalifikowanego pacjenta, tj.:
    - Oświadczenia uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych w ramach Projektu (zał. nr 3 do Umowy o współpracy).
    - Oświadczenia uczestnika potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności (zał. nr 4 do Umowy o współpracy).
    - Formularza danych osobowych uczestnika Projektu (zał. nr 5 do Umowy o współpracy).
    - Oświadczenia potwierdzające skorzystanie ze świadczenia i otrzymania materiałów edukacyjnych (zał. nr 6 do Umowy o współpracy).
    - Oświadczenia lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym (zał. nr 7 do Umowy o współpracy).
2. Udziału zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ personelu medycznego tj. lekarze rodzinni, lekarze dentyści, pielęgniarki, farmaceuci (minimum 2 osoby z placówki POZ) w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego dotyczących zwiększenia

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

wiedzy i kompetencji kadry medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów głowy i szyi. Realizacja szkoleń odbędzie się zgodnie z harmonogramem ustalonym po zakończeniu naboru placówek POZ, i który będzie na bieżąco przekazywany placówkom POZ oraz zamieszczany na stronie projektu [www.roo.kopernik.lodz.pl](http://www.roo.kopernik.lodz.pl) oraz na stronach Partnerów projektu, tj.: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów ([www.uskwam.umed.lodz.pl](http://www.uskwam.umed.lodz.pl)) oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie ([www.su.krakow.pl](http://www.su.krakow.pl)).

Szkolenie oznacza 1 dzień szkoleniowy (8 godzin) z uwzględnieniem przerw kawowych oraz przerwy na lunch.

Koszty za organizację szkoleń ponosi Zamawiający z wyłączeniem opłat za dojazd i nocleg.

## II. Inne ustalenia Zamawiającego

1. Wartość Umowy o Współpracy stanowić będzie iloczyn liczby pacjentów spełniających kryteria kwalifikowalności i stawki jednostkowej za udzielenie świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.  
Stawka wynagrodzenia wynosi 48,00 zł brutto (słownie brutto: czterdzieści osiem złotych 00/100 groszy), zgodnie z Opisem Świadczenia (załącznik nr 1 do Umowy), tytułem jednorazowego świadczenia (jedna konsultacja) lekarza placówki POZ udzielonego jednemu pacjentowi spełniającemu kryteria kwalifikowalności.

Wysokość wynagrodzenia stanowić będzie iloczyn stawki za jednorazowe świadczenie lekarza placówki POZ tj. 48,00 zł brutto i liczby świadczeń (konsultacji) udzielonych pacjentom spełniającym kryteria kwalifikowalności w kwartalnym okresie rozliczeniowym.

Fakturę VAT wraz z kompletną i prawidłowo wypełnioną dokumentacją, zgodnie z zapisami §1 wzoru Umowy o Współpracy placówka POZ powinna przekazać Zamawiającemu jednorazowo po każdym kwartalnym okresie świadczenia usług. W przypadku braku świadczenia świadczeń w danym kwartale placówka POZ przedkłada Zamawiającemu oświadczenie o nieudzieleniu świadczenia w danym kwartale.

2. W ramach naboru, zgodnie z przyjętymi założeniami projektu, Zamawiający zakłada podpisanie umów z 60 placówkami POZ wyłącznie z terenu 3 województw tj. łódzkiego, podlaskiego i małopolskiego, które udzielą świadczeń medycznych łącznie 3 500 pacjentom.
3. Podpisanie przez wybraną Placówkę POZ Umowy o Współpracę (zgodnie z wzorem - Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o naborze), jest równoznaczne z przystąpieniem placówki POZ do udziału w Projekcie w zakresie określonym w przedmiocie Umowy o Współpracę oraz zakwalifikowanie placówki POZ jako uczestnika ww. Projektu. Placówka POZ podpisując Umowę o Współpracy deklaruje przestrzeganie zapisów „Regulaminu konkursu” oraz „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

4. Z udziału w naborze wykluczone są podmioty powiązane kapitałowo lub finansowo z Zamawiającym i Partnerami projektu, gdzie przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
  - pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**ZAŁĄCZNIK nr 3 do Ogłoszenia**

### **UMOWA O WSPÓŁPRACY**

zawarta w Łodzi w dniu ..... pomiędzy:

**Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513**  
Łódź, ul. Pabianicka 62,  
NIP: 729-234-55-99,  
REGON 000295403

reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

zwanym dalej „Zamawiającym”

oraz

.....  
NIP:  
REGON:

Reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

zwanym dalej „placówką POZ”.

Placówka POZ, została wyłoniona w procedurze prowadzonej na podstawie przepisów dotyczących zamówień na usługi społeczne i inne szczególne usługi, o których mowa w rozdziale 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1579) oraz zarządzenia nr 65/2016 z dnia 4 listopada 2016 r. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w sprawie procedury składania wniosków i udzielania zamówień na usługi społeczne o wartości szacunkowej przekraczającej wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro, lecz mniejszej niż wyrażona w złotych równowartość kwoty 750 000 euro.

Wartość zamówienia nie przekracza kwot określonych w art. 138g ust. 1., w związku z tym do udzielenia zamówienia stosuje się przepisy art. 138 o ust. 2-4 ww. ustawy.

#### **§1**

##### **Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest współpraca Placówki POZ z Zamawiającym w ramach realizacji Projektu „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi nr POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, w następującym zakresie:

a) Realizacji świadczeń zdrowotnych na poziomie placówki POZ na rzecz pacjentów z przedziału wiekowego 40-65 lat (kobiety i mężczyźni), znajdujących się w grupie ryzyka tj. wieloletnich palaczy, osób nadużywających alkohol, osób o podwyższonym ryzyku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego oraz pacjentów, którzy nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z objawów (pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem), w zakresie podstawowej diagnostyki (jedna konsultacja dla jednego pacjenta) ukierunkowanej na weryfikację objawów choroby nowotworowej i, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności, skierowania na badania laryngologiczne (ze wskazaniem adresów ośrodków - poradni laryngologicznych). W trakcie konsultacji lekarz wypełnia ankietę dot. czynników ryzyka (wg Załącznika 1 do Umowy), która spełnia rolę skierowania na badania laryngologiczne.

W ramach rekrutacji każdy z pacjentów otrzyma do wypełnienia ankietę dotyczącą czynników ryzyka, stanowiącą załącznik nr 2 do Umowy, oraz Oświadczenia (załączniki nr 3 – 7 do Umowy), których podpisanie przez pacjenta będzie potwierdzało jego uczestnictwo w Projekcie. Pacjent spełniający kryteria włączenia do „Programu” może wziąć w nim udział raz na 24 miesiące.

b) Udziału zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ personelu medycznego tj. lekarze rodzinni, lekarze dentyści, pielęgniarki, farmaceuci (minimum 2 osoby z placówki POZ) w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego dotyczących zwiększenia wiedzy i kompetencji kadry medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów głowy i szyi. Realizacja szkoleń odbędzie się zgodnie z harmonogramem ustalonym po zakończeniu naboru placówek POZ, i który będzie na bieżąco przekazywany placówkom POZ oraz zamieszczany na stronie projektu [www.roo.kopernik.lodz.pl](http://www.roo.kopernik.lodz.pl) oraz na stronach Partnerów projektu, tj.: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów ([www.uskwam.umed.lodz.pl](http://www.uskwam.umed.lodz.pl)) oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie ([www.su.krakow.pl](http://www.su.krakow.pl)).

2. Zamawiający nawiązuje współpracę, a Placówka POZ oświadcza, że posiada kwalifikacje wymagane odrębnymi przepisami i zobowiązuje się do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem niniejszej umowy, przez wykwalifikowaną kadrę medyczną.
3. Placówka POZ zobowiązuje się do wykonania pełnej usługi świadczeń medycznych, zgodnie z Opisem Świadczenia (załącznik nr 1 do Umowy), każdej osobie włączonej do badania.
4. Podjęcie przez Strony Umowy realizacji usługi wymienionej w ust. 1 jest uwarunkowane przyznaniem przez Ministerstwo Zdrowia środków finansowych umożliwiających jego realizację.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

## § 2

1. Placówka POZ zobowiązana jest do rzetelnego wykonywania świadczeń z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami zawodowymi oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. Placówka POZ zobowiązuje się do przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - b) standardów i procedur udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących w Placówkach POZ
  - c) przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), zwanej dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”,
  - d) reżimu sanitarnego,
  - e) tajemnicy zawodowej i etyki lekarskiej,
  - f) przepisów bhp, ppoż.

## § 3

1. Placówka POZ zobowiązana jest do poinformowania Zamawiającego w terminie 7 dni roboczych o fakcie wygaśnięcia umowy z NFZ. Niniejsza Umowa będzie podlegać rozwiązaniu w sytuacji kiedy w okresie jej realizacji Placówce POZ wygaśnie umowa podpisana z NFZ i nie ulegnie ona przedłużeniu.
2. Placówka POZ ponosi pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody majątkowe i niemajątkowe jakie mogą wynikać, ze świadczonych przez nią w ramach niniejszej umowy usług medycznych zarówno wobec Zamawiającego, jak również wobec osób kierowanych na badania, i w tym zakresie zobowiązuje się zwolnić Zamawiającego z wszelkich wynikłych z jej działania zobowiązań. W szczególności Placówka POZ ponosić będzie wyłączną odpowiedzialność za szkody majątkowe i niemajątkowe uczynione osobom badanym na skutek błędów w sztuce lekarskiej, na skutek zakażenia itp.
3. W przypadku skierowania przeciwko Placówce POZ przez osoby poddane usługom medycznym w ramach realizacji niniejszej Umowy jakichkolwiek roszczeń związanych z świadczonymi przez Placówkę POZ na podstawie niniejszej Umowy usługami medycznymi, Placówka POZ zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów jakie poniesie z tego tytułu Zamawiający.

## § 4

1. Placówka POZ zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według zasad obowiązujących placówki POZ.
2. Placówka POZ przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Zamawiającego, w tym również kontroli przeprowadzanej przez osoby upoważnione przez niego, Instytucję Pośredniczącą oraz inne podmioty uprawnione, z zakresu wykonywania udzielanych świadczeń, a w szczególności:
  - jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

#### § 5

1. Zamawiający zobowiązuje się zapewnić osobom wykonującym przedmiot niniejszej umowy swobodny dostęp do pełnej dokumentacji medycznej związanej z przedmiotem umowy, a Placówka POZ zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną, sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych.
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta, związanej z Projektem, przez Placówkę POZ osobom trzecim odbywa się zgodnie z przepisami o działalności leczniczej oraz po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym.

#### § 6

1. Umowa będzie realizowana w terminie: nie wcześniej niż od 01.11.2017 r. do 31.12.2019 r.
2. W przypadku przedłużenia trwania Projektu Umowa obowiązuje do dnia zakończenia Projektu zgodnie z umową z Ministerstwem Zdrowia.

#### § 7

1. Wartość Umowy o Współpracy stanowić będzie iloczyn liczby pacjentów spełniających kryteria kwalifikowalności i stawki jednostkowej za udzielenie świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Stawka wynagrodzenia wynosi 48,00 zł brutto (słownie brutto: czterdzieści osiem złotych 00/100 groszy), zgodnie z Opisem Świadczenia (załącznik nr 1 do Umowy), tytułem jednorazowego świadczenia (jedna konsultacja) lekarza placówki POZ udzielonego jednemu pacjentowi spełniającemu kryteria kwalifikowalności.
3. Wysokość wynagrodzenia stanowić będzie iloczyn stawki za jednorazowe świadczenie lekarza placówki POZ tj. 48,00 zł brutto i liczby świadczeń (konsultacji) udzielonych pacjentom spełniającym kryteria kwalifikowalności w kwartalnym okresie rozliczeniowym.
4. Podstawą wypłaty wynagrodzenia Placówce POZ, która podpisała Umowę o współpracy z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii, będzie prawidłowo wystawiona Faktura VAT wraz z kompletną i prawidłowo wypełnioną dokumentacją (w oryginale) dotyczącą udzielonych w danym kwartale świadczeń przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej Placówki POZ, zgodnie z dokumentacją stanowiącą załączniki do Umowy o współpracy (Załączniki 2 – 7 do Umowy).
5. Placówka POZ powinna przekazać Fakturę VAT Zamawiającemu jednorazowo po każdym kwartalnym okresie świadczenia usług.
6. Faktura VAT będzie płacona przelewem na wskazany przez Placówkę POZ rachunek bankowy, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia. Nr rachunku ..... Zmiana nr rachunku bankowego wymaga podpisania aneksu do Umowy.
7. Fakturę VAT Placówka POZ powinna dostarczyć do Kancelarii Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62. W przypadku braku świadczeń w danym kwartale placówka POZ przedkłada Zamawiającemu oświadczenie o nieudzieleniu świadczenia w danym kwartale.

#### § 8

1. Zamawiający przewiduje w celu należytego wykonania umowy możliwość zmiany jej postanowień w stosunku do treści oferty, w tym zmianę terminu wykonania przedmiotu umowy, o ile zostanie spełniony jeden z następujących warunków:
  - a) w sytuacji zaistnienia siły wyższej;



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

- b) gdy konieczność zmiany spowodowana jest zaistnieniem niezawinionych przez strony okoliczności, których nie można było przy dołożeniu należytej staranności przewidzieć w chwili zawarcia umowy, a które uniemożliwiają prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy;
  - c) utraty przez Zamawiającego źródła finansowania zamówienia w całości lub części, jak również w przypadku przesunięcia źródeł finansowania zamówienia;
  - d) zmian po zawarciu umowy przepisów prawa lub wprowadzenia nowych przepisów prawa powodujących konieczność zmiany, modyfikacji lub odstąpienia w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;
  - e) wydłużenia okresu realizacji projektu w wyniku zmiany do umowy o dofinansowanie,
  - f) zmian w zakresie sposobu realizacji projektu, w tym sprawozdawczości oraz dokonywania płatności wynikających z aktualizacji lub zmian w Wytycznych kwalifikowalności lub na skutek stanowisk Ministerstwa Zdrowia przekazanych Zamawiającemu,
  - g) w sytuacji ryzyka nieosiągnięcia wskaźników projektu tj. udzielenia świadczenia lekarza POZ w wymiarze 1 konsultacji 3 500 pacjentom wynikającego z braku skierowania do projektu określonej liczby pacjentów,
  - h) zmiany w treści załączników do umowy wymaganych jako dokumentacja potwierdzająca realizację przedmiotu umowy.
2. Wystąpienie którejkolwiek z wymienionych w ust. 2 powyżej okoliczności nie stanowi bezwzględnego zobowiązania Zamawiającego do dokonania zmian postanowień umowy ani nie może stanowić podstawy roszczeń Wykonawcy do dokonania takich zmian.
3. Ewentualna zmiana postanowień umowy nastąpi z uwzględnieniem wpływu, jaki wywiera wystąpienie okoliczności uzasadniającej modyfikację na dotychczasowy kształt zobowiązania umownego.

## § 9

1. Placówka POZ 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:
  - 1) Placówka POZ nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy;
  - 2) Placówce POZ wygasła umowa podpisana z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie została przedłużona;
  - 3) W trakcie realizacji umowy okaże się, że personel medyczny Placówki POZ wykonujący przedmiot umowy nie posiada lub utracił wymagane kwalifikacje,
  - 4) w trakcie realizacji Projektu na etapie sprawozdawczości Zamawiający posiada wiedzę, że Placówka POZ przedstawi nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje w przekazanej Zamawiającemu dokumentacji medycznej tj. np. ankiecie oraz dokumentacji poświadczającej udzielenie świadczenia;
  - 5) Placówka POZ popełni w czasie trwania Umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych;
  - 6) w trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy Zamawiającym a Ministerstwem Zdrowia skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych.
  - 7) wystąpią inne okoliczności skutkujące naruszeniem aktualnie obowiązujących przepisów.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

#### § 10

1. Zamawiający powierza Placówce POZ przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w Załączniku nr 3 do Umowy oraz w celu niezbędnym do realizacji przedmiotu niniejszej umowy.
2. Placówka POZ nie decyduje o środkach i celach przetwarzania powierzonych danych osobowych.
3. Placówka POZ jest zobowiązana odebrać od każdego pacjenta (będącego jednocześnie uczestnikiem Projektu) oświadczenia, których wzory stanowią Załączniki nr 4 i 5 do Umowy. Oświadczenia przechowuje Zamawiający w swojej siedzibie lub innym miejscu, w którym zlokalizowane są dokumenty związane z Projektem. Placówka POZ zobowiązuje się do przekazania oryginałów oświadczeń potwierdzających kwalifikowalność pacjentów oraz udzielenia im świadczeń wraz z fakturą.
4. Przy przetwarzaniu danych osobowych Placówka POZ 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. Placówka POZ 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 Załącznikach nr 8 i nr 9 do Umowy.
7. Placówka POZ jest zobowiązana w szczególności do:
  - a) podjęcia wszelkich kroków służących zachowaniu poufności danych osobowych przetwarzanych przez osoby mające do nich dostęp osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych,
  - b) sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem danych przez cały okres ich posiadania w sposób zapewniający ochronę przed dostępem osób nieuprawnionych, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą,
  - c) niezwłocznego zwrócenia danych osobowych Zamawiającego po rozwiązaniu, wygaśnięciu Umowy oraz usunięcia tych danych ze wszystkich elektronicznych nośników danych, na których zostały utrwalone przez Placówkę POZ dla realizacji postanowień niniejszej umowy.
8. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontrolowania w dowolnym czasie sposobu przetwarzania przez Placówkę POZ powierzonych jej danych osobowych w zakresie zastosowanych środków ochrony oraz przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
9. Zamawiający oraz Placówka POZ 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.
10. W czasie trwania, jak również po wygaśnięciu niniejszej Umowy Placówka POZ 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.
11. 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.

#### § 11

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

1. Podpisanie przez Placówkę POZ niniejszej Umowy jest równoznaczne z przystąpieniem jej do udziału w Projekcie „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” oraz zakwalifikowanie Placówki POZ jako uczestnika ww. Projektu.
2. Podpisanie przez Placówkę POZ niniejszej umowy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania zapisów „Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”
3. Placówka POZ zobowiązuje się także do zamieszczenia w swojej siedzibie materiałów informacyjnych dotyczących Projektu i źródeł jego finansowania, które dostarcza Zamawiający.

### § 12

W razie rozwiązania lub ustania Umowy o współpracy Placówka POZ zobowiązana jest niezwłocznie przekazać Zamawiającemu dokumentację medyczną i inne materiały jakie sporządziła, zebrała, opracowała lub otrzymała w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

### § 13

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. W przypadku powstania sporu wynikłego podczas realizacji Umowy, strony dążyć będą do polubownego jego rozwiązania. Przy braku polubownego rozwiązania sporu będzie on rozstrzygany przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Prawa i obowiązki stron wynikające z niniejszej Umowy, nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.
4. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami Umowy mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

1. Opis Świadczenia.
2. Ankieta dotycząca czynników ryzyka.
3. Formularz danych osobowych uczestnika Projektu.
4. Oświadczenie uczestnika Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych.
5. Oświadczenie uczestnika Projektu potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności.
6. Oświadczenie potwierdzające skorzystanie ze świadczenia i otrzymanie materiałów edukacyjnych.
7. Oświadczenie lekarza i uczestnika Projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.
8. Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych (dot. pracowników/osób współpracujących z POZ zaangażowanych w realizację projektu).
9. Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych (dot. pracowników/osób współpracujących z POZ zaangażowanych w realizację Projektu).

**Ze strony placówki POZ**

**Ze strony ZAMAWIAJĄCEGO**

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Załącznik Nr 1 do Umowy o Współpracy**

**OPIS ŚWIADCZENIA**

Nazwa stawki jednostkowej	Zakres świadczenia zdrowotnego	Wartość stawki jednostkowej w PLN (brutto)	Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową	Sposób weryfikacji wykonania usługi
Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja	<p>W ramach usługi lekarz placówki POZ wytypuje spośród pacjentów ze swojej listy aktywnej, osoby które kwalifikują się do Programu tj. osoby z grupy wiekowej 40-65 lat znajdujące się w grupie ryzyka tj. są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego) oraz przeprowadzi wywiad pod względem występowania jednego z objawów występujących przez ponad 3 tygodnie (z zastrzeżeniem, że nie są związane z infekcją górnych dróg oddechowych)tj.: pieczenie języka, nieogojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem oraz spośród osób w wieku 40-65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie wystąpił jeden z wyżej wymienionych objawów.</p> <p>W przypadku występowania objawów lekarz placówki POZ świadczący usługę:</p>	48,00	<p>Liczba osób, którym udzielono konsultacji lekarza placówki POZ w ramach programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.</p> <p>Do wskaźnika wliczane będą wyłącznie te osoby, które lekarz POZ <u>poprawnie zakwalifikuje</u> do programu.</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza i uczestnika programu o udzieleniu i otrzymaniu danego świadczenia.</p>	Podpisane Oświadczenie lekarza i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wypełnieni ankietę dot. czynników ryzyka (załącznik nr 2 do Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi) i przekaże adresy ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie specjalistyczne,</li> <li>• przekaże materiały edukacyjne dot. NGiSz.</li> </ul> <p>W przypadku braku występowania objawów lekarz placówki POZ świadczący usługę:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poinformuje o wyższym ryzyku zachorowania na NGiSz,</li> <li>• przekaże materiały edukacyjne dot. NGiSz.</li> </ul>			
--	--	--	--	--





Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)

Nieprzyjemny zapach z ust

Nieprzyjemny zapach z ust i zębów

Nieprzyjemny zapach z zębów

Znaczny obrzęk dziąseł

Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?      Tak od ilu lat? .....      Nie

14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)      Tak      Nie

15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

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

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

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń? ..... (proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?      Tak      Nie

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

Tak Jakiej mocy/ rodzaj .....      Nie

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

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?      Tak      Nie

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

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

23. Ilość życiowych partnerów seksualnych:

1-3      3-7      powyżej 7

24. Czy uprawia pani/pan seks oralny:      Tak      Nie

25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?

poniżej 3      3-7      powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?:      Tak      Nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?      Tak      Nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?      Tak      Nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?      Tak      Nie

30. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi: .....

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

### Załącznik Nr 3 do Umowy

#### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

#### dotyczące przetwarzania danych osobowych

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” 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 Plac 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 2014 r. poz. 1182, 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:

- 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),
- c) 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.);

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,





Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

- 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 „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”, 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 15, 00-952 Warszawa (nazwa i adres właściwej Instytucji Pośredniczącej), beneficjentowi realizującemu projekt - **Wojewódzki Wielospecjalistyczny Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi**, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu ..... (nazwa i adres ww. podmiotów). 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.
  5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek 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. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Załącznik Nr 4 do Umowy**

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

#### **potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności**

Ja niżej podpisany ..... (imię i nazwisko) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

- a) osobą w wieku aktywności zawodowej tj. 40 – 65 lat,
- b) znajduję się w grupie ryzyka tj. jestem wieloletnim palaczem, nadużywam alkoholu, mam podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego,
- c) przez ponad 3 tygodnie występuje u mnie jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych tj:
  - pieczenie języka,
  - niegojące się owrzodzenie,
  - oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej,
  - ból gardła,
  - przewlekła chrypka,
  - guz na szyi,
  - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
  - ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.
- d) nie znajduję się w grupie ryzyka tj. nie jestem wieloletnim palaczem, nie nadużywam alkoholu, nie mam podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, ale przez ponad 3 tygodnie występuje u mnie jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych tj:
  - pieczenie języka,
  - niegojące się owrzodzenie,
  - oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej,
  - ból gardła,
  - przewlekła chrypka,
  - guz na szyi,
  - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
  - ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.
- e) nie przebyłem-/łam leczenia z powodu nowotworów głowy i szyi,
- f) nie występują u mnie objawy infekcji wirusowej lub bakteryjnej w chwili wykonywania badania.

.....  
(data)

.....  
(podpis uczestnika badań  
Imię i Nazwisko)

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik nr 5 do Umowy

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**"Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej"**

<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>	
<b>Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
<b>Dane kontaktowe uczestnika/uczestniczki projektu</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail (jeśli dotyczy):</b>	
<b>Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu</b>	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> <li><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> <li><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> </ul>	

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w tym zatrudniona w : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> W administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> W administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> <li><input type="checkbox"/> Nie dotyczy</li> </ul>	
Wykonywany zawód:	
<b>Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wyżej wymienione)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....  
Data, miejscowość

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Załącznik nr 6 do Umowy**

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZENIA  
I OTRZYMANIA MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH**

Data: .....

Ja niżej podpisany ..... (imię i nazwisko - *czytelnie*) oświadczam, iż skorzystałem/-am z usługi medycznej – świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (jedna konsultacja) w ramach projektu „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**” oraz otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie „Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi”.

.....  
Podpis lekarza placówki POZ  
(Imię i Nazwisko)

.....  
Podpis pacjenta  
(Imię i Nazwisko)

Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik nr 7 do Umowy

**OŚWIADCZENIE LEKARZA placówki POZ i UCZESTNIKA PROJEKTU  
O UDZIELONYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM**

**Beneficjent:** Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

**Tytuł projektu:** Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej  
**Numer umowy:** POWR.05.01.00-00-0003/16-00  
**Tytuł programu profilaktycznego:** Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielona uczestnikowi projektu	Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) - jedna konsultacja
Imię i nazwisko uczestnika (pacjenta)	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
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	



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Załącznik Nr 8 do Umowy**

**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 2014 r. poz. 1182, 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

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, 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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), a także z obowiązującymi \_\_\_\_\_ 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 zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić



Projekt „**Profilaktyka nowotworów głowy i szyi na rzecz aktywności zawodowej**”  
nr POWR.05.01.00-00-0003/16-00 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Załącznik Nr 9 do Umowy**

**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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), odwołuję upoważnienie Pana /Pani\* \_\_\_\_\_ do przetwarzania danych osobowych nr \_\_\_\_\_ wydane w dniu \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

\*niepotrzebne skreślić