

## OGŁOSZENIE

o otwartym naborze konkursowym placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)  
do współpracy w ramach realizacji projektu pt.

**„Zdrowe kości do starości –**

**program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”**

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentkom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach w ramach wdrażania *Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.



**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie**  
ogłasza otwarty nabór konkursowy placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)  
z województw: lubelskiego i podlaskiego  
do współpracy w ramach pilotażowego projektu pt.

**„Zdrowe kości do starości –**

**program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”**

w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentkom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach



**Nabór jest realizowany w ramach Projektu nr POWR.05.01.00-00-0009/18**

**„Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”** złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka Osteoporozy nr POWR.05.01.00-IP.00-007/18 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne – Profilaktyka Osteoporozy Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Umowa o dofinansowanie **POWR.05.01.00-00-0009/18**

Niniejsze Ogłoszenie jest opublikowane na stronie internetowej Beneficjenta [www.spsk4.lublin.pl](http://www.spsk4.lublin.pl) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej BIP pod adresem <http://www.spsk4.lublin.pl/bip/>

## I. INFORMACJE OGÓLNE

### 1. Organizator konkursu

**Nazwa:** Samodzielny Publiczny Szpitala Kliniczny Nr 4 w Lublinie (dalej SPSK Nr 4 w Lublinie)

**Adres:** ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

NIP 7122410926, REGON 000288751, KRS 0000004937

e-mail: [szpital@spsk4.lublin.pl](mailto:szpital@spsk4.lublin.pl), [www.spsk4.lublin.pl](http://www.spsk4.lublin.pl)

**Telefon:** 81 724 42 26 (Centrala)

Zespół ds. Środków Zewnętrznych - I piętro, pokój 141 a, tel. 81/72 44 896

### 2. Osoba upoważniona do kontaktów:

Koordinator Projektu: Katarzyna Wilczyńska-Brelik tel. 81 72 44 801, [k.wilczynska-brelik@spsk4.lublin.pl](mailto:k.wilczynska-brelik@spsk4.lublin.pl)

### 3. Cel naboru

Celem naboru jest nawiązanie w ramach realizacji projektu współpracy z placówkami POZ w zakresie działań profilaktycznych, ukierunkowanej na wdrożenie Programu Polityki Zdrowotnej: *Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych*, którego głównym celem jest wdrożenie w ośrodkach uczestniczących w programie skoordynowanego systemu wczesnej identyfikacji kobiet w wieku 50-70 lat, zagrożonych złamaniamiiskoenergetycznymi oraz z już dokonanymi złamaniami i kierowania ich do właściwych ośrodków zajmujących się diagnostyką, prewencją i leczeniem osteoporozy.

**Osoby kwalifikujące się do programu to kobiety z województwa lubelskiego i podlaskiego w wieku 50 - 70 lat deklarujące pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia.**

**UWAGA! Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.**

**Współpraca z placówkami POZ obejmować będzie działania profilaktyczne określone Programem:**

**1) udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz kobiet w wieku 50-70 lat deklarujących pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia z województw lubelskiego i podlaskiego**, które zostaną objęte badaniami przesiewowymi w celu wczesnego wykrycia osteoporozy, by zapobiec chorobie, która jest przyczyną dezaktywizacji zawodowej osób w wieku produkcyjnym

**2) udział personelu medycznego placówek POZ (lekarzy i pielęgniarek) w szkoleniach.**

Działania projektowe będą służyły wypracowaniu i wdrożeniu w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom, które są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej oraz ukierunkowane są na podniesienie świadomości społecznej na temat osteoporozy i wzrost wczesnego wykrywania osteoporozy u kobiet w wieku 50-70 lat deklarujących pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia.

W ramach projektu m.in.:

- SPSK Nr 4 w Lublinie zawrze umowy o współpracy z minimum 40 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej z terenu dwóch województw: lubelskiego i podlaskiego,
- 160 osób personelu medycznego POZ (lekarzy i pielęgniarek), zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (bez względu na formę zatrudnienia) zostanie przeszkolonych z zakresu wdrażania programu profilaktycznego koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych, w zakresie oceny ryzyka złamań, wczesnego wykrywania złamańiskoenergetycznych oraz wiedzy z zakresu leczenia i prewencji osteoporozy,
- 843 kobiety z terenu województw: lubelskiego i podlaskiego zostaną objęte badaniami przesiewowymi w POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ), z czego (zgodnie z założeniami projektu) 248 kobiet zostanie skierowanych do specjalistycznego ośrodka leczenia osteoporozy

SPSK Nr 4. Przewiduje się, że ok. 62 % badań skryningowych etapu pierwszego (trójtorowego) będzie wykonanych w POZ.

Projekt jest realizowany od 01.01.2019 r. do 31 grudnia 2020 r.

## II OPIS PRZEDMIOTU NABORU

1. Przedmiotem naboru jest współpraca placówki POZ z SPSK Nr 4 w Lublinie w ramach realizacji projektu „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” nr POWR.05.01.00-00-0009/18, złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka Osteoporozy nr POWR.05.01.00-IP.00-007/18, ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne – Profilaktyka Osteoporozy, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, w zakresie działań profilaktycznych przewidzianych do realizacji na poziomie POZ (Etap I):

1.1. **(komponent medyczny) realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktyki wtórnej w zakresie podstawowej diagnostyki na poziomie placówki POZ na rzecz kobiet z województwa lubelskiego**

**i podlaskiego w wieku 50 - 70 lat deklarujących pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia (jedna konsultacja dla jednej osoby)** i w przypadku spełniania kryteriów kwalifikacji do kolejnego etapu II (pogłębionej diagnostyki) - skierowania do Specjalistycznego Ośrodka Profilaktyki Osteoporozy SPSK Nr 4 w Lublinie (OPO).

**UWAGA! Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.**

Świadczenie zdrowotne w POZ obejmuje różnicowanie pacjentek - wywiad, badanie fizykalne, w tym pomiar wzrostu i masy ciała (BMI), ustalenie ew. dokonanych już u chorego złamań niskoenergetycznych, ustalenie 10-letniego ryzyka złamań kalkulatorem FRAXPL, ryzyka upadków, ew. ryzyka osteoporozy wtórnej, edukację i informację o programie dla kobiet w wieku 50-70 lat oraz podjęcie decyzji o skierowaniu chorego albo do leczenia ortopedycznego (podejrzanie świeżego złamania np. kręgow) albo do specjalistycznego ośrodka leczenia osteoporozy (lub innych specjalistów) albo też podjęcie jedynie działań prewencyjnych i edukacyjnych. W dalszej kolejności monitorowanie przebiegu leczenia chorych ustalonego przez specjalistów. Opis świadczenia zdrowotnego na poziomie placówki POZ określa Załącznik Nr 1 do Umowy Współpracy, która stanowi Załącznik nr 2 do Ogłoszenia. Rozliczeniu podlegać będą udzielone „Konsultacje na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)”, w wyniku których lekarz placówki POZ poprawnie zakwalifikuje pacjenta do programu, na podstawie ustalonych kryteriów kwalifikowalności, zdefiniowanych w „Programie koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych”. Program zdrowotny ma charakter otwarty, jedyne kryteria włączenia - kryterium płci i wieku oraz miejsca zamieszkania:

- kobiety z województwa lubelskiego lub podlaskiego w wieku 50 -70 lat deklarujące pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia.

Kryterium kwalifikacji uczestniczek do kolejnego etapu II (diagnostyka pogłębiona w OPO) jest obecność czynników ryzyka złamań wg FRAX na poziomie 5 % i powyżej ( $\geq 5\%$ ) lub obecność dokonanego złamania niskoenergetycznego.

Z tytułu przeprowadzonej i właściwie udokumentowanej „Konsultacji na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)” placówce POZ przysługuje wynagrodzenie zgodnie z taryfikatorem stawek jednostkowych w wysokości 48 zł brutto (jedna konsultacja dla jednej osoby). Wynagrodzenie będzie wypłacane proporcjonalnie do wykonanych Konsultacji po zakończonym kwartale danego roku kalendarzowego na podstawie prawidłowo wystawionej faktury wraz z prawidłowo wykonaną dokumentacją projektu.

1.2. **(komponent edukacyjny – Działania edukacyjne dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki i diagnostyki osteoporozy)**

**udział personelu medycznego placówek POZ (lekarzy i pielęgniarek) zatrudnionego w placówkach POZ (bez względu na formę zatrudnienia) - w miarę możliwości przynajmniej 4 osoby (lekarze, pielęgniarki) z każdego POZ, w tym minimum 1 lekarz i minimum 1 pielęgniarka, w:**

- a) **jednodniowych szkoleniach bezpośrednich organizowanych przez SPSK Nr 4 w Lublinie (6 godzin lekcyjnych)** z zakresu wdrażania programu profilaktycznego koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych, w zakresie oceny ryzyka złamań, wczesnego wykrywania złamań niskoenergetycznych oraz wiedzy z zakresu leczenia i prewencji osteoporozy, mających na celu zwiększenie świadomości, wiedzy i kompetencji kadry medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy.

Realizacja szkoleń odbędzie się w terminach i miejscach wskazanych przez SPSK Nr 4 zgodnie z harmonogramem ustalonym w miarę wyłaniania placówek POZ w naborze konkursowym, który będzie przekazywany współpracującym na podstawie umowy Placówkom POZ oraz zamieszczany na stronie SPSK Nr 4 w Lublinie.

Koszty organizacji szkoleń ponosi SPSK Nr 4 w Lublinie z wyłączeniem opłat za dojazd i ewentualny nocleg.

- b) **szkoleniu e-learningowym** dotyczącym działań prewencyjnych, raportowania złamań, zasad farmakoterapii i monitorowania leczenia (działania niepożądane, przeciwwskazania).

**Udział personelu medycznego, wyznaczonego przez placówkę POZ w komponencie edukacyjnym (szkoleniach) jest obowiązkowy. Jedynie przeszkolony w ramach projektu personel medyczny będzie mógł wykonywać badania przesiewowe i kwalifikacje do Projektu. 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. Przyjęto, że w szkoleniach weźmie udział 122 kobiet i 38 mężczyzn. Wskaźnik liczby kobiet i mężczyzn biorących udział w szkoleniach będzie na bieżąco monitorowany przez SPSK Nr 4 w Lublinie, z zastrzeżeniem prawa do ustalania składu personelu medycznego typowanego do udziału w szkoleniach, tak aby możliwe było osiągnięcie wskaźnika.

2. Współpraca pomiędzy SPSK Nr 4 w Lublinie a wybraną w niniejszym naborze Placówką POZ następuje na podstawie pisemnej umowy.
3. Okres współpracy: od dnia podpisania umowy o współpracy między SPSK Nr 4 w Lublinie a Placówką POZ do dnia 31 grudnia 2020 r. SPSK Nr 4 w Lublinie dopuszcza możliwość wydłużenia okresu realizacji projektu.
4. Placówka POZ jest beneficjentem instytucjonalnym programu polityki zdrowotnej finansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
5. Placówka POZ jest zobowiązana wypełnić dla każdej pacjentki dokumentację niezbędną do realizacji projektu (formularz zgłoszeniowy, deklarację uczestnictwa w projekcie, zgodę na przetwarzanie danych osobowych, oświadczenie o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, wynik oszacowania za pomocą kalkulatora FRAXPL etc.) oraz przekazać pacjentce dostępne materiały edukacyjne.

### III. WARUNKI UDZIAŁU PLACÓWEK POZ W NABORZE

**Placówka POZ przystępująca do naboru powinna:**

1. posiadać status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018, poz. 2190 ze zm.),
2. posiadać na dzień składania Oferty podpisaną Umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej umożliwiającą realizację współpracy,
3. posiadać jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. terenie województwa lubelskiego i/lub podlaskiego,
4. dysponować miejscem, zasobami technicznymi oraz ludzkimi - personelem medycznym zatrudnionym w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) umożliwiającymi współpracę w ramach Projektu,
5. zadeklarować udział w obowiązkowym komponencie edukacyjnym minimum 2 osób personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ, bez względu na formę zatrudnienia (w tym 1 lekarza i 1 pielęgniarki), a w miarę możliwości 4 osób.

#### IV SPOSÓB PRZYGOTOWANIA I ZŁOŻENIA OFERTY

1. Jedna placówka POZ może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim, w jednym egzemplarzu.
3. Oferta musi zawierać:
  - a) wypełniony i podpisany **Formularz oferty** zawierający Oświadczenie Oferenta o spełnieniu warunków (stanowiący Załącznik nr 1 do Ogłoszenia),
  - b) zaparaflowany **wzór umowy** (stanowiący załącznik nr 2 do Ogłoszenia).
4. Dokumenty, o których mowa powyżej (Oferta oraz załączniki), powinny być złożone:
  - w oryginałach podpisanych przez osobę/-y uprawnioną/-e do reprezentacji danej placówki POZ zgodnie z zasadą reprezentacji wynikającą z postanowień odpowiednich przepisów prawnych lub prawidłowo spisane pełnomocnictwa
  - lub
  - w przypadku składania oferty drogą mailową: w formie skanu oryginalnych dokumentów.Uprawnienie do reprezentacji Placówki POZ składającej ofertę będzie weryfikowane na podstawie wpisu do CEIDG lub KRS lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienie do reprezentacji. W przypadku gdy ofertę podpisuje inna osoba niż uprawniona do reprezentacji zgodnie z dokumentem rejestrowym, do oferty należy załączyć stosowne Pełnomocnictwo.

Oferta powinna być podpisana w sposób umożliwiający identyfikację osoby składającej podpis (np. czytelny podpis składający się z pełnego imienia i nazwiska lub podpis nieczytelny opatrzony pieczęcią imienną).
5. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do zażądania przedłożenia dokumentów potwierdzających spełnienie wymogów dotyczących warunków, jakie muszą spełniać podmioty składające ofertę.
6. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do zażądania przedłożenia dokumentów potwierdzających spełnienie okoliczności wskazanych w formularzu oferty, stanowiących realizację kryteriów wyboru.
7. Nabór Placówek POZ do współpracy w ramach projektu odbywać się będzie w okresie realizacji projektu i w sposób ciągły (do odwołania), co najmniej do czasu naboru zakładanej w projekcie liczby Placówek POZ (40 placówek podstawowej opieki zdrowotnej z terenu dwóch województw: lubelskiego i podlaskiego). O zakończeniu naboru SPSK Nr 4 w Lublinie poinformuje na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
8. Ofertę wraz z załącznikami należy dostarczyć w jeden z następujących sposobów (do wyboru):

a) w oryginale, w zamkniętej i opisanej kopercie (opis poniżej) za pośrednictwem kuriera lub pocztą lub osobiście na adres:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

ul. K. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

Kancelaria Ogólna pok. 106

(uwaga: przy składaniu oferty w tej formie prosimy o branie pod uwagę godzin pracy kancelarii szpitala: 7.25 – 15.00)

Opis koperty:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

ul. Dr K. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

Zespół ds. Środków Zewnętrznych

Kancelaria Ogólna pok. 106

„Zdrowe kości do starości –

program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” –

Oferta – Nabór placówek POZ do współpracy

LUB

b) drogą elektroniczną - w formie skanu oryginału oferty na adres e-mail: k.wilczynska-brelik@spsk4.lublin.pl. W tytule wiadomości należy wpisać: „Osteoporoza - Oferta – Nabór placówek POZ do współpracy”.

W przypadku złożenia oferty drogą elektroniczną Oferent, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest dostarczyć oryginały dokumentów przed podpisaniem umowy o współpracy w jeden z następujących sposobów: pocztą tradycyjną lub kurierem lub osobiście, jednak nie później niż w przeciągu 5 dni od uzyskania informacji o wyłonieniu placówki POZ do współpracy.

9. Złożone oferty nie podlegają zwrotowi.

10. Złożenie oferty jest jednoznaczne z przyjęciem warunków dotyczących współpracy z SPSK Nr 4 w Lublinie oraz zaakceptowaniem sposobu współpracy określonym w Programie Polityki Zdrowotnej: *Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych*.

11. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

12. W przypadku złożenia oferty z brakami formalnymi, SPSK Nr 4 w Lublinie wezwie placówkę do uzupełnienia tych braków w nieprzekraczalnym terminie 3 dni roboczych (decyduje data wpływu do SPSK Nr 4 w Lublinie). Po bezskutecznym upływie wskazanego terminu, oferta podlega odrzuceniu. Oferty nie spełniające warunków udziału w postępowaniu podlegają odrzuceniu.

13. SPSK Nr 4 w Lublinie nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych lub wariantowych.

14. W trakcie oceny ofert SPSK Nr 4 w Lublinie może zażądać od Oferenta wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.

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

16. Pytania dotyczące naboru należy kierować do Koordynatora Projektu na adres e-mail: k.wilczynska-brelik@spsk4.lublin.pl.

17. O wynikach konkursu SPSK Nr 4 w Lublinie zawiadamia wszystkie te podmioty, które złożyły ofertę oraz umieszcza informację o rozstrzygnięciu konkursu na swojej stronie internetowej.

18. Niezwłocznie po zawarciu umów z wybranymi w toku niniejszego naboru Placówkami POZ, SPSK Nr 4 w Lublinie publikuje na swojej stronie oraz stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej informację o zawartych umowach, przedstawiając listę placówek włączonych do projektu.

19. Umowa zostanie zawarta w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

20. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do:

- unieważnienia lub odstąpienia od Konkursu bez podania przyczyny w każdym terminie.

#### **V ZASADY WYBORU PLACÓWEK**

1. Do projektu może przystąpić każda Placówka POZ z województwa lubelskiego i podlaskiego.
2. Organizator konkursu spośród złożonych ofert wybiera co najmniej 40 ofert.
3. Nabór Placówek POZ do współpracy w ramach projektu odbywać się będzie w terminie realizacji projektu i w sposób ciągły (do odwołania), co najmniej do czasu naboru zakładanej w projekcie liczby Placówek POZ (40 placówek podstawowej opieki zdrowotnej z terenu dwóch województw: lubelskiego i podlaskiego). O zakończeniu naboru SPSK Nr 4 w Lublinie poinformuje na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
4. Procedura wyboru placówek prowadzona jest w sposób przejrzysty, obiektywny i niedyskryminujący.
5. Organizator konkursu dokona wyboru placówek POZ stosując kryterium wyboru formalne – ocenie podlega spełnienie warunków formalnych (złożenie oferty w terminie, podpisanie oferty przez osobę uprawnioną, kompletność oferty i załączników, spełnianie warunków udziału Placówki POZ w naborze). Ocena oferty dokonywana będzie zgodnie z informacjami przedstawionymi w ofercie.

#### **VI ELEMENTY UMOWY Z WYBRANĄ PLACÓWKĄ POZ**

Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

#### **VII Dopuszczalne zmiany umowy**

1. Umowa może zostać zmieniona:
  - a. w przypadku zmiany wniosku o dofinansowanie,
  - b. w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie,
  - c. w przypadku, gdy zmiana umowy jest konieczna dla prawidłowej realizacji projektu.
2. Zmiana umowy nie może dotyczyć warunków podlegających ocenie w ramach konkursu.

#### **VIII ZAŁĄCZNIKI**

1. Formularz oferty wraz z Oświadczeniami Oferenta.
2. Wzór Umowy współpracy.

Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

.....  
(pieczęć Oferenta)

.....  
(data)

**Samodzielny Publiczny Szpitala Kliniczny Nr 4 w Lublinie  
ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin**



**Program profilaktyki  
osteoporozy**

## FORMULARZ OFERTY

otwarty nabór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) z województw: lubelskiego i podlaskiego do współpracy w ramach realizacji projektu pt. „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” w ramach wdrażania Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych,

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Działając w imieniu Oferenta, składam(y) niniejszą ofertę:

| I.DANE OFERENTA   |  |
|---|--|
| Pełna Nazwa placówki  |  |
| Status prawny   |  |
| Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji<br><i>(imię, nazwisko, stanowisko)</i>        |  |
| Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej                               |  |
| Adres siedziby:   |  |
| Województwo   |  |
| Powiat  |  |
| Gmina   |  |
| Miejscowość   |  |
| Kod pocztowy  |  |
| Ulica   |  |
| Nr domu/lokalu  |  |
| Adres do korespondencji<br><i>(jeśli inny niż adres siedziby)</i>                     |  |
| NIP, REGON  |  |
| Nr KRS <i>(jeśli dotyczy)</i>   |  |
| Numer telefonu  |  |
| e-mail  |  |
| Osoba do kontaktu w sprawie oferty<br><i>(imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail)</i> |  |

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**



1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze oraz treścią wzoru **Umowy o Współpracy (Zał. 2)** i akceptuję wszystkie postanowienia 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 „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.
  - b) podpisanie przez naszą Placówkę POZ Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania postanowień Programu Polityki Zdrowotnej: *Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.*
3. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie placówka POZ spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn:
  - a) posiada jednostkę organizacyjną/siedzibę\* na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: lubelskiego/podlaskiego\*,
  - b) posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu naboru,
  - c) dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia, tj. minimum 2 osobami, w tym co najmniej 1 lekarzem i 1 pielęgniarką, a w miarę możliwości 4 osobami,
  - d) deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez SPSK Nr 4 w Lublinie ..... osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), w tym: ..... kobietę/kobiety\*, ..... mężczyznę/mężczyzn\*.
5. Deklaruję, że koszt *Konsultacji na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)* - jedna konsultacja dla jednej pacjentki - nie przekroczy 48,00 zł brutto.

\* niewłaściwe przekreślić

.....  
Czytelny podpis  
osoby uprawnionej do reprezentacji Placówki POZ

Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

## ZAŁĄCZNIK Nr 2 do Ogłoszenia

### UMOWA WSPÓŁPRACY

zawarta w Lublinie w dniu ..... pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 4 w Lublinie**, z siedzibą przy ul. Jaczewskiego 8 20-954 Lublin, zarejestrowanym w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonym przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS Nr 00000049378, NIP 7122410926, REGON 000288751, reprezentowanym przez ....., zwanym dalej „SPSK Nr 4 w Lublinie” oraz

.....  
NIP:

REGON:

reprezentowanym przez:

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

zwanym dalej „placówką POZ”.

#### § 1 Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest współpraca Placówki POZ z SPSK Nr 4 w Lublinie w ramach realizacji projektu „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”, nr POWR.05.01.00-00-0009/18, złożonego w odpowiedzi na konkurs pn. Profilaktyka Osteoporozy nr POWR.05.01.00-IP.00-007/18, ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne – Profilaktyka Osteoporozy Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (zwanego dalej „Projektem”), w zakresie:

1.1 (komponent medyczny) **realizacji świadczeń zdrowotnych** na poziomie placówki POZ na rzecz pacjentek z przedziału wiekowego 50-70 lat deklarujących pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia - w zakresie podstawowej diagnostyki (jedna konsultacja dla jednego pacjenta) i w przypadku spełniania kryteriów kwalifikacji do kolejnego etapu II (pogłębionej diagnostyki) - skierowania do Specjalistycznego Ośrodka Profilaktyki Osteoporozy SPSK Nr 4 w Lublinie (OPO).

#### **Programem nie mogą być objęte osoby z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.**

Świadczenie zdrowotne w POZ obejmuje różnicowanie pacjentek - wywiad, badanie fizykalne, w tym pomiar wzrostu i masy ciała (BMI), ustalenie ew. dokonanych już u chorego złamańiskoenergetycznych, ustalenie 10-letniego ryzyka złamań kalkulatorem FRAXPL, ryzyka upadków, ew. ryzyka osteoporozy wtórnej, edukację i informację o programie dla kobiet w wieku 50-70 lat oraz podjęcie decyzji o skierowaniu chorego albo do leczenia ortopedycznego (podejrzenie świeżego złamania np. kręgow) albo do specjalistycznego ośrodka leczenia osteoporozy (lub innych specjalistów) albo też podjęcie jedynie działań prewencyjnych i edukacyjnych. W dalszej kolejności monitorowanie przebiegu leczenia chorych ustalonego przez specjalistów. Opis świadczenia zdrowotnego na poziomie placówki POZ określa Załącznik Nr 1 do Umowy Współpracy, która stanowi Załącznik nr 2 do Ogłoszenia.

1.2 (komponent edukacyjny) **udziału personelu medycznego**, zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ, tj. lekarzy i pielęgniarek (w miarę możliwości przynajmniej 4 osoby z każdego POZ, w tym minimum 1 lekarza i 1 pielęgniarka) w:

a) **jednodniowych szkoleniach bezpośrednich** organizowanych przez SPSK Nr 4 dotyczących zwiększenia wiedzy i kompetencji kadry medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy.

Realizacja szkoleń odbędzie się w terminach i miejscach wskazanych przez SPSK Nr 4 zgodnie z harmonogramem ustalonym po wyłonieniu placówek POZ, który będzie przekazywany współpracującym placówkom POZ oraz zamieszczany na stronie www projektu [www.spsk4.pl/osteoporoza](http://www.spsk4.pl/osteoporoza)

b) **szkoleniu e-learningowym**.

Udział personelu medycznego wyznaczonego przez placówkę POZ w komponencie edukacyjnym (szkoleniach) 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. Przyjęto, że w szkoleniach weźmie udział 122 kobiet i 38 mężczyzn. Wskaźnik liczby kobiet i mężczyzn biorących udział w szkoleniach będzie na bieżąco monitorowany przez SPSK Nr 4 z zastrzeżeniem prawa do ustalania składu personelu medycznego typowanego do udziału w szkoleniach, tak aby możliwe było osiągnięcie wskaźnika.

2. SPSK nr 4 w Lublinie nawiązuje współpracę, a Placówka POZ oświadcza, że posiada kwalifikacje wymagane obowiązującymi 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.

## § 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,

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 wyniknąć ze świadczonych przez nią w ramach niniejszej umowy usług medycznych zarówno wobec SPSK Nr 4 w Lublinie, jak również wobec osób kierowanych na badania, i w tym zakresie zobowiązuje się zwolnić SPSK Nr 4 w Lublinie 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 ze świadczonymi przez Placówkę POZ na podstawie niniejszej Umowy usługami medycznymi, Placówka POZ zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów jakie poniesie z tego tytułu SPSK Nr 4 w Lublinie.

## § 4

Placówka POZ przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez SPSK Nr 4 w Lublinie, w tym również kontroli przeprowadzanej przez osoby upoważnione przez SPSK Nr 4 w Lublinie, Instytucję Pośredniczącą oraz inne podmioty uprawnione, z zakresu wykonywania udzielanych świadczeń, a w szczególności:

- jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej.

#### § 5

1. SPSK Nr 4 w Lublinie 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 SPSK nr 4 w Lublinie.

#### § 6

1. Umowa będzie realizowana w terminie: od dnia jej podpisania do 31.12.2020 r.
2. SPSK Nr 4 w Lublinie dopuszcza możliwość wydłużenia okresu realizacji Projektu, a tym samym okresu współpracy z placówką POZ.

#### § 7

1. 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 dla jednego pacjenta) udzielonego jednemu pacjentowi spełniającemu kryteria kwalifikowalności.
2. Wysokość wynagrodzenia stanowić będzie iloczyn stawki za jednorazowe świadczenie „Konsultacja na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)” tj. 48,00 zł brutto i liczby świadczeń (konsultacji) udzielonych pacjentom spełniającym kryteria kwalifikowalności w kwartalnym okresie rozliczeniowym.
3. Podstawą wypłaty wynagrodzenia Placówce POZ (która podpisała Umowę o współpracy), o którym mowa w ust. 2, będzie prawidłowo wystawiona Faktura wraz z kompletną i prawidłowo wypełnioną dokumentacją (w oryginale) dotyczącą udzielonych w danym kwartale świadczeń, **zgodnie z dokumentacją stanowiącą załączniki do Umowy o współpracy (Załączniki 2 – 6 i 9 do Umowy)**.
4. Placówka POZ powinna przekazać Fakturę Zamawiającemu jednorazowo po każdym kwartalnym okresie, w którym realizowane były świadczenia.-
5. Faktura będzie płatna przelewem bankowym na wskazany przez Placówkę POZ w fakturze rachunek bankowy, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia.
6. W przypadku opóźnień w przekazaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację projektu, faktura będzie zapłacona w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania przez SPSK Nr 4 w Lublinie środków na realizację Projektu, na co POZ wyraża zgodę.
7. Fakturę Placówka POZ powinna dostarczyć **do Kancelarii Ogólnej SPSK Nr 4 w Lublinie**. W przypadku braku świadczeń w danym kwartale placówka POZ przedkłada Zamawiającemu oświadczenie o nieudzieleniu świadczenia w danym kwartale.

#### § 8

1. SPSK Nr 4 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;
  - 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 SPSK nr 4 w Lublinie źródła finansowania przedmiotu umowy 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. nie udzielenia świadczenia lekarza POZ w wymiarze 1 konsultacji 843 pacjentkom, wynikającego z braku skierowania do projektu określonej liczby pacjentek,
  - h. zmiany w treści załączników do umowy wymaganych jako dokumentacja potwierdzająca realizację przedmiotu umowy.
2. Wystąpienie którejkolwiek z wymienionych w ust. 1 powyżej okoliczności nie stanowi bezwzględnie zobowiązania SPSK Nr 4 w Lublinie do dokonania zmian postanowień umowy ani nie może stanowić podstawy roszczeń Placówki POZ 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. SPSK Nr 4 w Lublinie może rozwiązać niniejszą Umowę, na piśmie, za wypowiedzeniem, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podawania przyczyn.
3. SPSK Nr 4 w Lublinie może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:
  - a.1) Placówka POZ nie dopełni obowiązków wynikających z Umowy;
  - a.2) Placówce POZ wygasła umowa podpisana z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie została przedłużona;
  - a.3) W trakcie realizacji umowy okaże się, że personel medyczny Placówki POZ wykonujący przedmiot umowy nie posiada lub utracił wymagane kwalifikacje,
  - a.4) w trakcie realizacji Projektu na etapie sprawozdawczości SPSK Nr 4 w Lublinie posiada wiedzę, że Placówka POZ przedstawi nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje w przekazanej SPSK Nr 4 w Lublinie dokumentacji medycznej tj. np. ankiecie oraz dokumentacji poświadczającej udzielenie świadczenia;
  - a.5) Placówka POZ popełni w czasie trwania Umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych;
  - a.6) w trakcie realizacji projektu nastąpi rozwiązanie umowy o dofinansowanie zawartej pomiędzy SPSK Nr 4 w Lublinie a Ministerstwem Zdrowia skutkujące przerwaniem realizacji projektu oraz przepływu środków finansowych.
  - a.7) wystąpią inne okoliczności skutkujące naruszeniem aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na mocy porozumienia Stron.

## **§ 10**

1. Na podstawie umowy z dnia 24.04.2019 r. POWR.05.01.00-00-0009/18 zawartej pomiędzy SPSK Nr 4 a Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia (tj. Instytucją Pośredniczącą) SPSK Nr 4 w Lublinie jako Administrator danych powierza Podmiotowi przetwarzającemu, 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 „Rozporządzeniem”) dane osobowe do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej umowie.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.
4. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał powierzone na podstawie niniejszej umowy dane pacjentów oraz pracowników Administratora danych zaliczone zarówno do kategorii danych podstawowych – imiona i nazwiska, adres zamieszkania, PESEL, jak i szczególnych wg. art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia.
5. Powierzone przez Administratora danych dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu realizacji umowy, o której mowa w ust. 1.
6. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.
7. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.
8. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.
9. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, o której mowa w art. 28 ust 3 pkt b Rozporządzenia, przetwarzane dane przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.
10. Podmiot przetwarzający po zakończeniu niniejszej umowy zobowiązany jest zwrócić Administratorowi danych wszelkie dane osobowe oraz usunąć wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii Europejskiej lub prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej nakazują przechowywanie danych osobowych.
11. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi danych w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.
12. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi danych w ciągu w ciągu 24 h.
13. Administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia niniejszej umowy.
14. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 14 dniowym jego uprzedzeniem.
15. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.
16. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.
17. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania niniejszej umowy oraz po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora danych.
18. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na pisemne polecenie Administratora danych chyba, że obowiązek taki nakłada na Podmiot przetwarzający prawo Unii Europejskiej lub prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu podlega Podmiot przetwarzający.
19. W przypadku, o którym mowa w ust. 18, przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot przetwarzający informuje Administratora danych o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.
20. Podwykonawca, o którym mowa w ust. 17, winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej umowie.
21. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora danych za niewywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych.
22. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią niniejszej umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

23. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w niniejszej umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez odpowiedni organ państwowy.

#### **§ 11**

1. Podpisanie przez Placówkę POZ niniejszej Umowy jest równoznaczne z przystąpieniem jej do udziału w Projekcie oraz zakwalifikowanie Placówki POZ jako uczestnika Projektu.
2. Podpisanie przez Placówkę POZ niniejszej umowy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania postanowień „Programu Polityki Zdrowotnej: Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych” .
3. Placówka POZ zobowiązuje się także do zamieszczenia w swojej siedzibie materiałów informacyjnych dotyczących Projektu i źródeł jego finansowania, które dostarcza SPSK Nr 4 w Lublinie.

#### **§ 12**

W razie rozwiązania lub ustania niniejszej Umowy, Placówka POZ zobowiązana jest niezwłocznie przekazać SPSK Nr 4 w Lublinie wszelką 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 SPSK Nr 4 w Lublinie.
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.

#### **§ 14**

Integralną część niniejszej Umowy stanowią następujące załączniki:

1. Oferta Placówki POZ złożona SPSK Nr 4 w Lublinie w odpowiedzi na ogłoszony nabór.
2. Opis świadczenia zdrowotnego na poziomie Placówki POZ – załącznik nr 1 do Umowy współpracy
3. Oświadczenie uczestnika Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych – Załącznik Nr 2 do Umowy współpracy.
4. Oświadczenie uczestnika Projektu potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności – Załącznik Nr 3 do Umowy współpracy.
5. Formularz zgłoszeniowy (danych osobowych) Uczestniczki Projektu – Załącznik Nr 4 do Umowy współpracy.
6. Oświadczenie potwierdzające skorzystanie ze świadczenia i otrzymanie materiałów edukacyjnych – Załącznik Nr 5 do Umowy współpracy.
7. Oświadczenie lekarza i uczestnika Projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym – Załącznik Nr 6 do Umowy współpracy.
8. Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych (dot. pracowników/osób współpracujących z POZ zaangażowanych w realizację projektu) – Załącznik Nr 7 do Umowy współpracy.

9. Odwołanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych (dot. pracowników/osób współpracujących z POZ zaangażowanych w realizację projektu) – Załącznik Nr 8 do Umowy współpracy.
10. Skierowanie do Specjalistycznego Ośrodka Profilaktyki Osteoporozy SPSK Nr 4 w Lublinie – Załącznik Nr 9 do Umowy współpracy.

**Ze strony Placówki POZ**

**Ze strony SPSK Nr 4 w Lublinie**

.....

.....



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

### Załącznik Nr 1 do Umowy współpracy

#### OPIS ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO NA POZIOMIE PLACÓWKI POZ

| Nazwa stawki jednostkowej  | Zakres świadczenia zdrowotnego   | Wartość stawki jednostkowej w PLN | Opis i definicja wskaźnika rozliczającego stawkę jednostkową   | Sposób weryfikacji wykonania usługi   |
|--|--|-----------------------------------|--|---|
| <p><b>Konsultacja na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)</b></p> | <p>Polskie Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie (Lorenc R i wsp. Medycyna Praktyczna 2013) określają zakres zadań dla lekarzy opieki podstawowej i lekarzy rodzinnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>oszacowanie 10-letniego ryzyka złamań za pomocą kalkulatora FRAXPL</li> <li>zakwalifikowanie pacjenta do działań profilaktycznych lub leczniczych</li> <li>skierowanie do specjalisty (specjalistyczny ośrodek leczenia osteoporozy) chorych z podwyższonym ryzykiem złamań lub ze złamaniem dokonanym</li> <li>realizacja zaleceń specjalisty, monitorowanie leczenia</li> <li>modyfikacja/eliminacja czynników ryzyka złamań, edukacja.</li> </ul> <p>Zadaniem lekarza POZ jest więc zróżnicowanie pacjentów, ustalenie, czy u chorego wystąpiły już złamania, które na podstawie wywiadu, badania fizykalnego, rtg, można uznać za niskoenergetyczne, a u wszystkich ustalenie czynników ryzyka złamań. Po 50 roku życia należy w tym celu zastosować kalkulator FRAX dla populacji polskiej, który wyznacza ryzyko złamań w perspektywie 10 lat.</p> <p>Wszystkie osoby z określonym ryzykiem złamań głównych wg FRAX BMI <math>\geq</math> 5% (ocenia pielęgniarzka) powinny być badane i oceniane pod względem istnienia innych czynników ryzyka np. skłonności do upadków i urazów, współistniejących chorób itp. przez lekarza POZ lub bezpośrednio specjalistę zajmującego się leczeniem osteoporozy celem kwalifikacji (lub dyskwalifikacji) do dalszego etapu programu w poradni specjalistycznej zajmującej się leczeniem Osteoporozy). Wszystkie osoby z ryzykiem złamań powyżej 10% kierowane są do dalszej diagnostyki, w tym na badanie densytometryczne i do wdrożenia leczenia w poradni specjalistycznej. Wszystkie kobiety zgłaszające się do udziału w programie powinny mieć określone i docelowo (w tym w drodze szkoleń i porad ), eliminowane czynniki ryzyka, takie jak skłonność do upadków,</p> | <p>48,00</p>                      | <p>Liczba osób, którym udzielono konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych</p> <p>Do wskaźnika wliczane są wyłącznie kobiety w wieku 50 - 70 lat, którym lekarz udzielił konsultacji.</p> <p>Rozliczenie nastąpi na podstawie oświadczenia lekarza o udzielonej konsultacji (podpisanego przez uczestnika programu).</p> | <p>Oświadczenie lekarza i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.</p> |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>spoczynkowy tryb życia, niedobory dietetyczne, niedobór witaminy D, używki itd. i zalecone działania prewencyjne.</p> <p>Wszystkie kobiety z dokonanymi i potwierdzonymi złamaniami niskoenergetycznymi są bez względu na stopień ryzyka oceniony poprzez FRAX, kierowane do specjalistycznego ośrodka leczenia osteoporozy.</p> <p>Ustalenie przez lekarza POZ istnienia chorób, leków lub innych stanów powiązanych z występowaniem osteoporozy wtórnych wymaga skierowania chorego do leczenia specjalistycznego zgodnie z polskimi zaleceniami (Lorenc R. i wsp. Medycyna Praktyczna 2013)</p> |  |  |  |
|--|---|--|--|--|



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

## Załącznik Nr 2 do Umowy współpracy

### 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. „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” nr POWR.05.01.00-00-0009/18 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 **„Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” nr POWR.05.01.00-00-0009/18**, 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, beneficjentowi realizującemu projekt - Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu Nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin. 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 prześlę 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](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty [mieczyslaw.kowalski@spsk4.lublin.pl](mailto:mieczyslaw.kowalski@spsk4.lublin.pl) .
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\**

---

\*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

### Załącznik Nr 3 do Umowy współpracy

#### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności**

Ja niżej podpisany (*imię i nazwisko*) ..... potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tzn. jestem:

- a) kobietą w wieku 50 – 70 lat, deklarującą pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia.
- b) nie jestem osobą z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą.

.....  
data

.....  
czytelny podpis



Załącznik nr 4 do Umowy współpracy

| Miejsce składania dokumentów przez pacjenta                           |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Placówka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) | <input type="checkbox"/> Poradnia AOS | <input type="checkbox"/> Szpital |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (DANYCH OSOBOWYCH) UCZESTNIKA PROJEKTU**  
„Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”

| DANE UCZESTNICZKI PROJEKTU   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Imię (imiona) i nazwisko</b>  |  |  |  |  |
| <b>Płeć</b>  | <input type="checkbox"/> Kobieta                         |  | <input type="checkbox"/> Mężczyzna   |  |
| <b>PESEL</b>   |  |  |  |  |
| <b>Data i miejsce urodzenia</b>  |  |  | <b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b><br><i>(liczba skończonych lat w momencie wypełniania dokumentów rekrutacyjnych)</i> |  |
| <b>Wykształcenie</b>   | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)            |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)           |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)      |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)            |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)              |  |  |  |
| DANE KONTAKTOWE UCZESTNICZKI PROJEKTU  |  |  |  |  |
| <b>Adres zamieszkania</b><br><i>(miejszem zamieszkania osoby fizycznej, w rozumieniu KC, jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)</i> | Województwo  |  | Kod pocztowy   |  |
|  | Powiat   |  | Ulica  |  |
|  | Gmina  |  | Nr budynku   |  |
|  | Miejscowość  |  | Nr lokalu  |  |
| <b>Telefon kontaktowy</b>  |  |  |  |  |
| <b>E-mail</b><br><i>(adres poczty elektronicznej)</i>  |  |  |  |  |

## SZCZEGÓŁY WSPARCIA

|   |  |
|---|--|
| <b>Status uczestniczki<br/>na rynku pracy w chwili<br/>przystąpienia do projektu</b>  | <input type="checkbox"/> osoba pracująca lub prowadząca działalność gospodarczą  |
|   | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna</li> </ul> <i>(oznacza osobę bezrobotną, która:</i><br><i>a) w przypadku osoby poniżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy,</i><br><i>b) w przypadku osoby powyżej 25 roku życia pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy)</i>   |
|   | <input type="checkbox"/> inne  |
|   | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>   |
|   | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <i>(do biernych zawodowo zalicza się: osoby otrzymujące emeryturę, rentę, alimenty, stypendium, pomoc opieki społecznej, uczniów pobierających naukę w trybie dziennym, osoby odbywające karę pozbawienia wolności, osoby przebywające w domach opieki, osoby uzyskujące dochód m. in. z dzierżawy, wynajmu lokum itp., osoby przebywające na urlopie wychowawczym)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul> |
| <b>Osoba pracująca<br/>(wypełniają tylko osoby pracujące)</b>   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej  |
|   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej  |
|   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa)  |
|   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie   |
|   | <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek   |
|   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej  |
|   | <input type="checkbox"/> inne  |
| <i>(wypełniają tylko osoby pracujące)</i><br><br><b>Wykonywany zawód i<br/>miejsce zatrudnienia<br/>(nazwa pracodawcy lub własnej</b> |  |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| działalności)   |                                       |
| <b>STATUS UCZESTNICZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>                                   |                                       |
| <b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b> | tak<br>nie<br>odmawiam podania danych |
| <b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>                          | tak<br>nie                            |
| <b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>  | tak<br>nie<br>odmawiam podania danych |
| <b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>           | tak<br>nie<br>odmawiam podania danych |

.....  
 Miejscowość i data wypełniania dokumentów

.....  
 Czytelny podpis Uczestniczki Projektu

| <b>KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA<br/>(WYPEŁNIAJĄ TYLKO PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA – LEKARZE I PIEŁĘGNIARKI)</b>                     |   |  |                  |  |
|---|---|--|------------------|--|
| <b>Specjalizacja</b>  |   |  |                  |  |
| <b>Nr wykonywania zawodu</b><br><i>(należy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki)</i> |   | <b>Pieczęć imienna</b><br><i>(jeśli dotyczy)</i> |                  |  |
| <b>Nazwa miejsca pracy</b><br><i>(w przypadku lekarzy/pielęgniarek POZ wymagane jest zaświadczenie o zatrudnieniu w POZ)</i>            |   |  |                  |  |
| <b>Dane teleadresowe miejsca pracy</b>  | Województwo   |  | Powiat           |  |
|   | Kod pocztowy  |  | Gmina            |  |
|   | Miejscowość   |  | Ulica            |  |
|   | Nr domu   |  | Nr lokalu        |  |
|   | NIP miejsca pracy   |  | Telefon do pracy |  |
| <b>Obszar miejsca pracy</b>   | miejski (tereny gęsto zaludnione DEGURBA 1)<br><br>miejsko-wiejski (tereny pośrednie DEGURBA 2) |  |                  |  |



wiejski (tereny słabo zaludnione DEGURBA 3)



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

### Załącznik nr 5 do Umowy współpracy

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

Ja niżej podpisana ..... (imię i nazwisko - *czytelnie*) oświadczam, iż skorzystałam z usługi medycznej – świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (jedna konsultacja) w ramach projektu „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” oraz otrzymałam materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki osteoporozy.

Data .....

.....  
Podpis lekarza placówki POZ

.....  
Podpis pacjentki

Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

**Załącznik nr 6 do Umowy współpracy**

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

**Beneficjent:** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

**Tytuł projektu:** „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”

**Numer umowy:** POWR.05.01.00-00-0009/18

**Tytuł programu profilaktycznego:** Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych.

|  |   |
|--|---|
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych                | <b>Konsultacja na poziomie POZ<br/>(lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)</b> |
| Imię i nazwisko uczestnika   |   |
| PESEL  |   |
| Adres zamieszkania   |   |
| Województwo  |   |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego  |   |
| Podpis uczestnika projektu   |   |
|  |   |
| Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego                                       |   |
| Adres podmiotu leczniczego   |   |
| Województwo  |   |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego  |   |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne /diagnostyczne |   |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne               |   |



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

## Załącznik Nr 7 do Umowy współpracy

### 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

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, 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 zobowiązuje 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 „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

### Załącznik Nr 8 do Umowy współpracy

#### 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



Projekt „Zdrowe kości do starości - program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,  
Oś priorytetowa Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 programy profilaktyczne

Załącznik Nr 9 do Umowy współpracy

.....  
Pieczętka jednostki kierującej

.....  
Data

**Skierowanie**  
**do Specjalistycznego Ośrodka Profilaktyki Osteoporozy SPSK Nr 4 w Lublinie**  
**ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin**  
**Budynek polikliniki, i gabinet nr 11**  
**Biuro projektu tel. 81/72 44 896**

| <b>DANE PACJENTA</b><br><i>WYPEŁNIA KIERUJĄCY</i> |  |
|---|--|
| imię i nazwisko                                   |  |
| Data urodzenia (DDMMRRRR)                         |  |
| Pesel   |  |
| Miejsce zamieszkania                              |  |
| Województwo                                       |  |
| Telefon do kontaktu                               |  |

**Spełnione kryterium wystawienia skierowania do ETAPU II – Specjalistyczny Ośrodek Profilaktyki Osteoporozy SPSK Nr 4 (proszę zaznaczyć właściwe):**

|  |   |
|--|---|
| <b>Kryterium wystawienia skierowania do ETAPU II</b> | <input type="checkbox"/> kobieta w wieku 50 – 70 lat, deklarującą pracę zawodową lub gotowość podjęcia zatrudnienia                             |
|  | <input type="checkbox"/> nie jest osobą z już zdiagnozowaną i leczoną osteoporozą   |
|  | <input type="checkbox"/> określone ryzyko złamań głównych wg FRAX BMI $\geq 5\%$ ;<br><b>WYNIK BADANIA FRAXPL (obowiązkowo wpisać): ..... %</b> |
|  | <input type="checkbox"/> dokonane i potwierdzone złamanieiskoenergetyczne   |
|  | <input type="checkbox"/> inne czynniki ryzyka (jakie? Proszę wymienić):<br>.....  |

**Dokumenty wymagane na wizytę:** kwestionariusz pacjenta, kwestionariusz lekarza POZ, wynik badania FRAXPL, badania biochemiczne (w przypadku posiadania), wynik badania obrazowego dotyczącego przebytych złamań.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)