



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi

92-318 Łódź, al. marsz. J. Piłsudskiego 133D

Tel.: 42 649-18-03, email: lodz@ptsr.org.pl

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

POROZUMIENIE W SPRAWIE PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU LECZENIA, REHABILITACJI I WSPARCIA (PLRiW)

Zawarte dnia r. w Łodzi pomiędzy:

Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego O/Łódź z siedzibą przy ul. al. marsz J. Piłsudskiego 133D 92-318 Łódź, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numer 0000049771, REGON 471538298, NIP 729-20-17-464 zwanym dalej „**Stowarzyszeniem**”, reprezentowanym przez: **Jolantę Lach – Przewodniczącą Rady Oddziału**
Małgorzatę Stańczyk – Wiceprzewodniczącą

a Panem/Panią.....,
legitymującym/ą się dowodem osobistym,
seria:numer:
zamieszkałym/ą.....,
zwanym dalej „**Odbiorcą wpłat celowych**”.

§ 1

Miejszem właściwym do obsługi subkont w ramach Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLRiW) jest Biuro Oddziału Łódzkiego **Stowarzyszenia**, znajdujące się w Łodzi przy al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D, zwane dalej „**Biurem**”.

§ 2

1. W ramach porozumienia na należącym do **Stowarzyszenia** rachunku bankowym o nr 58 1440 1231 0000 0000 0673 3298 gromadzone będą środki przeznaczone na udział **Odbiorcy wpłat celowych** jako osoby chorej na stwardnienie rozsiane i/lub osoby z

niepełnosprawnością

w Programie Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia prowadzonym przez **Stowarzyszenie**.

2. **Odbiorca wpłat celowych**, zawierając Porozumienie przedstawia oświadczenie o tym, że choruje na stwardnienie rozsiane lub dotknięty jest inną niepełnosprawnością, wraz z potwierdzającym to oświadczenie zaświadczeniem lekarskim.
3. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem na Programie Leczenia Rehabilitacji i Wsparcia zgodnie z zasadami korzystania zawartymi w dokumencie „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” (Wskazówki PLRiW) stanowiącym integralną część niniejszego Porozumienia.

§ 3

1. Stowarzyszenie prowadzi odrębną ewidencję dla każdego **Odbiorcy wpłat celowych**.
2. W ramach Porozumienia **Odbiorca wpłat celowych** ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określają „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” Załącznik nr 1 do tych Wskazówek pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”, stanowiące załącznik do niniejszego Porozumienia.
3. Koszt zakupów nie może przekroczyć środków zaewidencjonowanych na koncie dla danego **odbiorcy wpłat celowych**. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązany jest do wcześniejszego uzgodnienia z PTSR planowanych zakupów, niewymienionych w Załączniku nr 1 do Wskazówek PLRiW lub/i których zakup wymaga zgody pracownika **Stowarzyszenia**. Niespełnienie tego warunku może skutkować odmową finansowania.
4. Opłaty za zakupy dokonywane są wyłącznie w formie przelewu z rachunku bankowego **Stowarzyszenia**, o którym mowa w paragrafie 2, na rachunek bankowy wystawcy faktury/rachunku. Nie ma możliwości przekazywania środków z rachunku bankowego **Stowarzyszenia** bezpośrednio na rachunek **Odbiorcy wpłat celowych** (z zastrzeżeniem § 3 pkt. 9). Wszelkie opłaty wykonywane są bezgotówkowo.
5. Rachunki lub faktury rozumiane są jako dokumenty w formie papierowej lub elektronicznej, zawierające dane wymagane Ustawą o podatku od towarów i usług i przepisami wydаныmi na jej podstawie.
6. **Odbiorca wpłat celowych** jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przedstawienie **Stowarzyszeniu** oryginałów rachunków lub faktur wystawionych na: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź, al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D, NIP 729-20-17-464. Dokument musi zawierać dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych**.

7. Rachunki lub faktury, o których mowa w pkt. 5 § 3 muszą zostać dostarczone do biura lub należy wysłać je drogą mailową w nieprzekraczalnym terminie ostatniego dnia miesiąca, w którym został dokonany zakup.
- a) W przypadku rozliczeń za pomocą e-faktur, wskazane jest informowanie **Stowarzyszenia** o planowanym zakupie drogą mailową na adres lodz@ptsr.org.pl w celu uniknięcia błędu i omyłkowego obciążenia rachunku innego **Odbiorcy wpłat celowych**.
8. Na podstawie otrzymanych oryginałów rachunków lub faktur, o których mowa w pkt. 5 § 3 **Stowarzyszenie** dokonuje opłaty za dokonany zakup.
9. **Odbiorca wpłat celowych** ma możliwość wystąpienia o zwrot, na swoje prywatne konto, kosztów poniesionych za towary i usługi wymienione w Załączniku nr 1 do Wskazówek PLRiW, które uregulował z własnych środków. Zwrotu **Stowarzyszenie** dokonuje na podstawie przesłanych rachunków lub faktur, wystawionych na Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź, ul. . al. marsz J. Piłsudskiego 133D 92-318 Łódź,, NIP 729-20-17-464 i zawierających dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych** oraz dołączonej do „Prośby o zwrot kosztów”, która stanowi Załącznik nr 1, do Porozumienia. Dokumenty należy przesłać listem tradycyjnym do Oddziału Łódzkiego PTSR, przy al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D

§ 4

Stan zaewidencjonowanych środków za dany miesiąc znajduje się w **Stowarzyszeniu**.

§ 5

1. Środki zgromadzone na koncie służą – w zakresie określonym Porozumieniem – finansowaniu celów statutowych **Stowarzyszenia** i czynności administracyjnych wykonywanych przez Stowarzyszenie w związku z niniejszym Porozumieniem.
2. Tytułem finansowania kosztów administracyjnych w momencie wpływu na subkonto środków finansowych z subkonta pobierana jest kwota w wysokości 7% od kwoty każdego wpływu. Łącznie pobrana kwota za kolejne 12 miesięcy nie może jednak przekroczyć 600 złotych.
3. Koszty administracyjne pobierane z tytułu prowadzenia subkonta mogą ulec zmianie.

§ 6

Odbiorca wpłat celowych jest zobowiązany do wnoszenia ewentualnych opłat i podatków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

§ 7

1. Każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku nie wywiązania się przez drugą Stronę z zobowiązań wynikających z Porozumienia, każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym, o czym druga strona winna zostać poinformowana.

§ 8

1. Bez względu na przyczyny ustania obowiązywania niniejszego Porozumienia, niewykorzystane środki finansowe nie są zwracane **Odbiorcy wpłat celowych** lub jego rodzinie.
2. Środki pozostałe na koncie po rozwiązaniu porozumienia pozostają w gestii **Stowarzyszenia** i zostają wydatkowane na cele statutowe.

§ 9

1. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się na bieżąco informować **Stowarzyszenie** o wszystkich planowanych akcjach, apelach i zbiórkach pieniężnych dokonywanych publicznie.
2. Zapewnienie prawidłowości i zgodności z przepisami prawa prowadzenia akcji wymienionych w pkt. 1 § 9 leży po stronie **Odbiorcy wpłat celowych**.

§ 10

Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest podpisany i przyjęty do realizacji przez **Odbiorcę wpłat celowych** dokument pt. „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”.

§ 11

1. **Stowarzyszenie** nie jest odpowiedzialne za jakąkolwiek szkodę jaką **Odbiorca wpłat celowych** lub osoby trzecie mogą ponieść w związku z wykorzystywaniem przez **Odbiorcę wpłat celowych** środków zgromadzonych na koncie. W szczególności **Stowarzyszenie** nie ponosi odpowiedzialności za realizację i wykonanie zakupów lub/i usług dokonywanych przez **Odbiorcę wpłat celowych**, jak też jakąkolwiek szkodę majątkową lub też szkodę na osobie mogącą wynikać z stosowania przez **odbiorcę wpłat celowych** „Wskazówek dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” określonych w § 10 Porozumienia.
2. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie wszelkiej pomocy medycznej, która może być konieczna do wykorzystania zgromadzonych przez niego

środków zgodnie z „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”.
Stowarzyszenie nie jest odpowiedzialne za prawidłowość leczenia lub/i rehabilitacji **Odbiorcy** **wpłat celowych**.

§ 12

1. Niniejsze Porozumienie stanowi wzorzec umowy w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
2. W trakcie obowiązywania Porozumienia, **Stowarzyszenie** uprawnione jest do jednostronnej zmiany Porozumienia w zakresie:
 - a) Listy wydatków finansowanych w ramach Porozumienia, określonych we „Wskazówkach dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”, określonych w punktach 3.1-3.3 Porozumienia oraz Załącznika nr 1 do tych „Wskazówek” pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”. Zmiana nastąpić może w przypadku poszerzenia wiedzy medycznej dotyczącej stwardnienia rozsianego dającej podstawę do poszerzenia lub ograniczenia listy elementów finansowanych w ramach Programu lub też pojawienia się nowych potrzeb beneficjentów Programu, których finansowanie uzasadnione jest celami programu.
 - b) Określenia łącznej maksymalnej wysokości kwot pobieranych przez **Stowarzyszenie** na podstawie § 5 pkt. 2 Porozumienia. Zmiana w tym w przypadku może nastąpić, w skutek wzrostu kosztów związanych z prowadzeniem Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia.

§ 13

1. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie przez **Stowarzyszenie** swoich danych osobowych podanych w niniejszym Porozumieniu lub w toku jego realizacji, w tym w szczególności:
 - Imienia i nazwiska,
 - Numeru telefonu,
 - Maila,
 - Adresu zamieszkania,
 - PESELU,
 - Informacji dotyczących stanu zdrowia, w tym schorzeń, na które cierpi, przyjmowanych leków oraz niepełnosprawności.

2. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach informacyjnych – działania i projekty **Stowarzyszenia** oraz informacje dotyczące subkonta, za pomocą poczty elektronicznej, na podany adres e-mail.

§ 14

Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania, natomiast aktywacja subkonta nastąpi po zaksięgowaniu pierwszej wpłaty celowej.

§ 15

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Porozumieniem zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....

Za Stowarzyszenie

.....

Odbiorca wpłat celowych

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Oddział Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Łodzi oraz Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z siedzibą w Warszawie, zwane dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań statutowych Administratora jak też w zakresie wymaganych prawem obowiązków sprawozdawczych i kontrolnych dotyczących działalności Stowarzyszenia oraz wynikających ze statusu organizacji pożytku publicznego PTSR. Zebrane dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom. Mogą zostać udostępnione uprawnionym podmiotom publicznym w zakresie niezbędnym do wypełnienia ciążących na Towarzystwie obowiązków sprawozdawczych wynikających z ustawy Prawo o stowarzyszeniach oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.
- 3) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 4) podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
 - a) art. 6 ust. 1 a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z 4 maja 2016 r. L 119/1), które poniżej zwane jest Rozporządzeniem,
 - b) art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy z 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.) w zw. z § 8 ust 2 Statutu PTSR,
 - c) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 30 ust. 1 ustawy z 24 kwietnia 2003 r.o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity - Dz.U. z 2018 poz. 450 ze zmianami),
 - d) art. 6 ust. 1 c Rozporządzenia oraz art. 8 ust 5 w zw. z art. 25 i 25a ustawy Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2017 r., poz. 210, ze zm.),
 - e) art. 9 ust. 2 a Rozporządzenia i art. 9 ust. 2 d Rozporządzenia – w zakresie dotyczącym danych o Państwa sytuacji zdrowotnej.
- 5) Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów statutowych Towarzystwa. W przypadku braku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych nie będzie możliwe przyjęcie do Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLIR i W). Udzielenie zgody na przetwarzanie danych na temat sytuacji Przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych:
 - a) podane przez Państwa dane dotyczące sytuacji zdrowotnej,
 - b) podane przez Państwa pozostałe dane osobowe, to jest:
 - imię i nazwisko,

- dane adresowe,
- telefony kontaktowe,
- adres poczty elektronicznej,
- dane o przynależności do PTSR.

6) posiada Pani/Pan prawo do:

- a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych,
- b) żądania od Administratora sprostowania swoich danych osobowych,
- c) żądania od Administratora usunięcia swoich danych osobowych,
- d) do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
- e) żądania przeniesienia danych osobowych, czyli:
 - otrzymania danych osobowych, które dostarczył/a Pan/Pani Towarzystwu,
 - przesłania Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe (może też Pan/Pani samodzielnie wysłać otrzymane dane innemu administratorowi).
- f) wniesienia skargi do organu nadzorczego.

7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

8) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora zgodnie z obowiązującą ustawą do czasu wycofania zgody oraz w czasie, w jakim Towarzystwo podlega obowiązkom sprawozdawczym i kontrolnym w zakresie swojej działalności.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią klauzulą informacyjną.

Miejscowość, data

Podpis

.....

.....