

Regulamin udziału w programie Korpus Wsparcia Seniorów

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w programie Korpus Wsparcia Seniorów oraz prawa i obowiązki uczestników Programu.
2. Program realizowany jest w okresie: od 1 czerwca 2022 roku do 31 grudnia 2022 roku.
3. Program realizowany jest przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach (GOPS Jerzmanowice) w oparciu o Program „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022.
4. Informacje na temat Programu, naboru i realizacji dostępne są w siedzibie GOPS Jerzmanowice oraz zamieszczane są na stronie GOPS Jerzmanowice: www.jerzmanowice.naszops.pl.
5. Celem programu jest poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania dla osób starszych z terenu Gminy Jerzmanowice-Przegonia przez zwiększenie dostępu do tzw. „Opieki na odległość”.
6. Program realizowany jest w ramach Gminnego Programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022, będącego odpowiedzią na wyzwania, jakie stawiają przed Gminą zachodzące procesy demograficzne, które są elementem lokalnej polityki społecznej w zakresie wsparcia działań na rzecz seniorów niesamodzielnymi ze względu na wiek oraz stan zdrowia. Program stanowi odpowiedź na potrzeby seniorów w zakresie ochrony przed zakażeniem covid-19, w związku z utrzymującym się stanem epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Program finansowany ze środków z funduszu przeciwdziałania covid-19, utworzonego na podstawie art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem covid-19 innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw.
8. Udział w programie jest bezpłatny.
9. Niniejszy Regulamin rekrutacji i udziału w programie oraz wzory dokumentów

rekrutacyjnych są dostępne w siedzibie GOPS Jerzmanowice oraz na stronie internetowej GOPS Jerzmanowice: www.jerzmanowice.naszops.pl.

§ 2. Zakres wsparcia

1. Uczestnicy/czki programu otrzymają wsparcie w formie teleopieki – możliwość całodobowego przekazania informacji o potrzebie wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa poprzez kontakt z Centrum Teleopieki.
2. Każdy Uczestnik/czka programu otrzyma opaskę bezpieczeństwa na nadgarstek wyposażoną w przycisk SOS (alarmowy) i kartę SIM z możliwością połączenia głosowego z Centrum Teleopieki. Skorzystanie z tej formy pomocy i zastosowanie ww. urządzeń jest uzależnione przy tym od dostępności sygnału telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Uczestnika/czki.
 - Opaski bezpieczeństwa dostępne w programie wyposażone są w min. przycisk SOS z możliwością połączenia do telecentrum oraz dodatkowe funkcjonalności dostosowane do szczególnych potrzeb osób z różnymi chorobami i rodzajami niepełnosprawności, np. detektor upadku, lokalizator GPS, czujnik tętna,
 - Decyzja o przyznaniu osobie niesamodzielnej opaski bezpieczeństwa będzie poprzedzona wypełnieniem deklaracji uczestnictwa w Programie,
 - Urządzenie do teleopieki jest przekazywane Uczestnikowi/czce na okres jego udziału w programie.
3. Centrum Teleopieki funkcjonuje 24/7/365 oraz zapewnia możliwość całodobowego (przy zastrzeżeniu całodobowej dostępności sygnału telefonii komórkowej w miejscu zamieszkania Uczestnika/czki) przekazania informacji o potrzebie wezwania pomocy.
 - Opaska bezpieczeństwa służy do natychmiastowego wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. Urządzenie łączy się z ratownikiem medycznym, który udziela adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy w tym m.in.: informuje osoby wskazane do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy, udziela porady lub wzywa pogotowie lub inne służby ratunkowe – jeśli sytuacja tego wymaga.
4. Wsparcie, o którym mowa w ust. 1 obejmuje, w szczególności:
 - Podłączenie opaski bezpieczeństwa do systemu teleopieki oraz zapewnienie całodobowej możliwości łączności z Centrum Teleopieki.

- Prezentację działania systemu teleopieki Uczestnikowi/czce oraz przeszkolenie w korzystaniu z pomocy i w obsłudze urządzenia.
- Utrzymanie łącza w stałej gotowości do podjęcia akcji alarmowej.
- Całodobowy monitoring i rejestracje sygnałów alarmowych.
- Możliwość kontaktu z ratownikiem medycznym w sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub bezpieczeństwa.
- Stały monitoring.

§ 3. Uczestnicy programu

Program skierowany jest do dwudziestu Seniorów w wieku 65 lat i więcej z terenu gminy Jerzmanowice-Przegonia, którzy mają problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkający z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.

§ 4. Warunki uczestnictwa

Osoby, które chcą uczestniczyć w programie muszą spełniać następujące kryteria:

1. mieć skończony 65 rok życia,
2. mieszkać na terenie gminy Jerzmanowice-Przegonia,
3. posiadać problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia,
4. prowadzić samodzielne gospodarstwo domowe lub mieszkać z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia,
5. wyrazić na piśmie świadomą zgodę na udział w programie i przetwarzanie danych osobowych niezbędnych podczas realizacji programu,

§ 5. Ogólne zasady naboru

1. Rekrutację prowadzi Gminny Ośrodek w Jerzmanowicach.
2. Rekrutacja do wsparcia udzielanego w ramach programu będzie prowadzona w sposób ciągły.
3. Warunkiem uczestnictwa w procesie rekrutacji jest poprawne wypełnienie i dostarczenie dokumentów rekrutacyjnych,

4. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w programie.
5. O zakwalifikowaniu Kandydata/cki do udziału w programie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów uczestnictwa określonych w § 3 i § 4.
6. Uczestnicy/czki zakwalifikowane do programu przed otrzymaniem opaski bezpieczeństwa są zobowiązani/e do podpisania umowy świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach programu wraz z załącznikami.

§ 6. Zobowiązania uczestników programu

1. Uczestnicy/czki programu zobowiązani/e są do:
 - podpisania deklaracji uczestnictwa w programie,
 - podpisaniu umowy o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów,
 - podpisania oświadczenia Uczestnika/czki,
 - podpisania oświadczenia osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki,
 - wypełnienia karty informacyjnej Podopiecznego,
 - każdorazowego powiadomienia o zmianie danych osobowych przekazanych podczas procesu rekrutacji,
 - bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział Uczestnika/czki w programie.
2. W przypadku utraty lub uszkodzenia Opaski, Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie wskazanego przedstawiciela GOPS Jerzmanowice.
3. Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Opaski, winę ponosi Uczestnik/czka, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu,
4. W przypadku zawinionego zniszczenia lub utraty Urządzenia Uczestnik/czka zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia (Istnieje możliwość odstąpienia częściowego bądź całkowitego od dochodzenia zwrotu równowartości urządzenia w uzasadnionych przypadkach, udokumentowanych trudną sytuacją Uczestnika/czki. Ocena sytuacji dokonywana jest przez pracownika GOPS Jerzmanowice w kontekście ustawy o Pomocy Społecznej i nie przysługuje od niej odwołanie).

5. Uczestnik/czka zobowiązuje się do nie przekazywania Opaski osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.
6. Uczestnik/czka programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie Usługi teleopieki odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Brak złożenia i podpisania dokumentów wymienionych w ust. 1 jest równoznaczny z rezygnacją z udziału w programie.
8. Uczestnik/czka zobowiązuje się zwrócić powierzoną opaskę bezpieczeństwa wraz z kartą SIM oraz dodatkowym osprzętem z dniem zakończenia programu lub w wyniku niewłaściwego użytkowania. W przypadku awarii opaski, zobowiązują się powiadomić o tym w przeciągu 3 dni od zaistnienia zdarzenia.

§ 7. Zakończenie uczestnictwa w programie

1. Udział w programie może zostać wypowiedziany w każdym momencie z zachowaniem 7 - dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zakończenie udziału w programie następuje z chwilą:
 - upływu okresu jej obowiązywania,
 - przerwania uczestnictwa w programie w związku ze zmianą zamieszkania Uczestnika/czki,
 - objęcia Uczestnika/czki stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
 - zgonu Uczestnika/czki,
 - rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II”.
3. Uczestnik/czka może zostać usunięty z programu w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
 - naruszenie przez Uczestnika/czka postanowień niniejszego regulaminu lub innych postanowień w ramach Programu,
 - trwałego uszkodzenia Opaski z winy Uczestnika/czki.

§ 8. Ochrona Danych Osobowych

1. Administratorem Danych Osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach, ul. Rajska 22, 32-048 Jerzmanowice, tel.: 12 38 95 071, email: gops@jerzmanowice-przebinia.pl
2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora Danych można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych – Kornelią Zaporowską:
 - a) przesyłając informację na adres e-mail: kornelia@informatics.jaworzno.pl
 - b) listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora Danych.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wzięcia przez Państwa udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów, obsługi uczestników Programu oraz zapewnienia prawidłowej organizacji Programu, w tym prowadzenia dokumentacji związanej z Programem, jak również archiwizacji oraz rozliczenia Programu.
4. Dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 litera a) oraz art. 9 ust. 2 litera a) 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), czyli na podstawie dobrowolnej zgody oraz w późniejszym etapie na podstawie art. 6 ust. 1 litera b) 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), czyli przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane:
 - a) Przez okres wynikający z przepisów prawa zgodnie z instrukcją archiwalną;
 - b) Przez okres trwania umowy oraz po zakończeniu trwania takiej umowy w celu pełnego rozliczenia się stron z warunków umowy, w tym do czasu upływu terminu przedawnienia się roszczeń z takiej umowy (w zależności od rodzaju umowy – zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny), a w zakresie rozliczeń z urzędem skarbowym przez okres przedawnienia zobowiązań podatkowych, tj. 5 lat od końca roku

podatkowego, w którym pojawiła się konieczność zapłaty podatku z tytułu świadczonych na Państwa rzecz usług;

- c) Do momentu wycofania zgody przez osobę, której dane dotyczą, jeśli dane są przetwarzane w oparciu o wyrażoną zgodę.
6. Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem danych w zakresie realizacji o organizacji Programu. Administrator przekaze dane osobowe w postaci imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania firmie SiDLY Sp. z o.o. w celu dobrania operatorów kart SIM w opaskach SOS. Przekazanie odbędzie się na podstawie Państwa dobrowolnej zgody.
 7. Państwa dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom (np. Policji, Prokuraturze, Sądowi).
 8. Administrator Danych nie zamierza przekazywać Państwa danych poza obszar Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tj. obszar obejmujący kraje Unii Europejskiej, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
 9. Informujemy, że przysługują Państwu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych, sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, ograniczenia przetwarzania danych, usunięcia danych, przeniesienia danych osobowych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego pod adresem – ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. W celu realizacji wymienionych praw należy złożyć pisemny wniosek z wybranym żądaniem.
 10. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również profilowane.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. Realizator programu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie. Informacje o ewentualnej zmianie Regulaminu zostaną zamieszczone na stronie internetowej GOPS Jerzmanowice www.jerzmanowice.naszops.pl.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia.
3. Regulamin obowiązuje przez okres realizacji programu.

Załączniki:

1. Deklaracja uczestnictwa,
2. Wzór umowy użyczenia wraz z załącznikami,
3. Wzór karty informacyjnej Podopiecznego.



Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Jerzmanowicach
ul. Rajska 22 32-048 Jerzmanowice



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a deklaruje chęć udziału w Programie Korpus Wsparcia Seniorów realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach finansowanego ze środków z funduszu przeciwdziałania covid-19, utworzonego na podstawie art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem covid-19 innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw.

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel lub numer dowodu osobistego: _____

Numer telefonu: _____

Wiek: _____

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (zaznaczyć właściwą odpowiedź): TAK/NIE

Jeżeli tak proszę podać stopień: _____

Mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia w zakresie:

Prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe (zaznaczyć właściwą odpowiedź): TAK/NIE

Mieszkam z osobami bliskimi, którzy nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia (zaznaczyć właściwą odpowiedź): TAK/NIE

Dochód netto na osobę w rodzinie (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

Do 1000zł 1001-2000zł 2000-3001zł Powyżej 3000zł



Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Programie zawartymi w Regulaminie programu w tym z zasadami przetwarzania danych osobowych i akceptuję jego treść.
2. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych / zdrowotnych do korzystania przez niego z Usługi teleopieki,
3. Jestem świadoma(-y), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Programie.

data i podpis

Wyrażam zgodę na gromadzenie oraz przetwarzanie moich danych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach w ramach Programu Korpus Wsparcia Seniorów.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych firmie SiDLY Sp. z o.o. celem dobrania operatorów kart SIM w opaskach SOS.

Powyższa zgoda jest dobrowolna i może zostać odwołana w formie pisemnej w każdej chwili. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

data i podpis

Administratorem Danych Osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach, ul. Rajska 22, 32-048 Jerzmanowice, tel.: 12 38 95 071, email: gops@jerzmanowice-przeginia.pl We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora danych można uzyskać informację, przesyłając wiadomość na adres e-mail: kornelia@informatics.jaworzno.pl. Obowiązek informacyjny wynikający z Artykułu 13 ust. 1 i 2 oraz 14 RODO (UE) spełniono w Regulaminie Programu dostępnym w wersji papierowej oraz opublikowanym na stronie internetowej Organizatora.



UMOWA NR _____

o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług teleopiekuńczych w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II” na rok 2022

zawarta dnia ____ / ____ 2022 r. w _____, pomiędzy

NAZWA Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Jerzmanowicach

z siedzibą w Jerzmanowicach (32-048) przy ul. Rajskiej,
posiadającym numer NIP: 944-20-29-123 oraz REGON: 356313016,
reprezentowany przez:
Dyrektora Agnieszkę Kozak
zwaną w dalszej części Umowy **GOPS** lub **UŻYCZAJĄCYM**;

a

PANEM/PANIA _____

zamieszkałym/ą w _____ (____-____) przy ul. _____
nr domu _____ nr mieszkania _____, posiadającym numer PESEL: _____
zwanym/ą w dalszej części Umowy **UCZESTNIKIEM**

zwanymi łącznie w dalszej części Umowy **Stronami**, a każda z osobna **Stroną**.

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika do udziału w programie „Korpus Wsparcia Seniorów – Moduł II”, którego realizatorem jest GOPS, zwanego dalej „**Programem**”, Strony zgodnie postanawiają zawrzeć Umowę o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest użyczenie urządzenia, tj. opaski monitorującej stan zdrowia, tzw. opaski bezpieczeństwa (dalej „Opaska”) o numerze:
IMEI _____; **model: Sidly Care PRO**, wyposażonej w gniazdo na kartę SIM wraz z ładowarką sieciową, gwarancją i oryginalnym opakowaniem oraz bezpłatne świadczenie usługi teleopieki („Usługa teleopieki”) na rzecz Uczestnika Programu.
2. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność GOPS.

§ 2

Uczestnik oświadcza, że:



1. nie występują żadne przeszkody techniczne, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie Usługi teleopieki,
2. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych / zdrowotnych do korzystania przez niego z Usługi teleopieki,
3. wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
4. zapoznał się z Regulaminem programu oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie ich zapisy oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

§ 3

Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia _____ r. do 31 grudnia 2022 r.

§ 4

Przekazanie Opaski Uczestnikowi przez wskazanego przedstawiciela GOPS zostanie potwierdzone Oświadczeniem, którego wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej Umowy.

§ 5

1. W celu prawidłowej realizacji Umowy Uczestnik zobowiązuje się do dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia niniejszej Umowy Oświadczenia osoby (przedstawiciela ustawowego) wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki o obowiązku zwrotu Opaski w przypadku śmierci Uczestnika Programu lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 2** do niniejszej Umowy.
2. Uczestnik zobowiązuje się do:
 - a. korzystania z Opaski w sposób zgodny z przeznaczeniem, dbania o stan fizyczny powierzonej Opaski i utrzymania jej w stanie technicznym, jaki prezentuje w dniu jego wydania,
 - b. nieusuwania/niewyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Opasce. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia pozbawia go możliwości kontaktu z centrum teleopieki, a w konsekwencji możliwości uzyskania pomocy,
 - c. niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach nie wymagających natychmiastowej pomocy, jak również nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia i życia Uczestnika.
3. W przypadku utraty lub uszkodzenia Opaski, Uczestnik ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie wskazanego przedstawiciela GOPS.
4. Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Opaski, winę ponosi Uczestnik, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu.



5. W przypadku zawinionego całkowitego zniszczenia lub utraty Urządzenia Uczestnik zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia.
6. Uczestnik nie ponosi odpowiedzialności za użytkowaną opaskę monitorującą stan zdrowia uszkodzoną w następstwie siły wyższej, zdarzenia zewnętrznego niemożliwego do przewidzenia lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą sprzętu.
7. Uczestnik zobowiązuje się do nie przekazywania Opaski osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.
8. Uczestnik Programu przyjmuje do wiadomości, że świadczenie Usługi teleopieki odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 6

1. Korzystanie z Usługi teleopieki jest dobrowolne.
2. Odpowiedzialność GOPS z tytułu nieprawidłowego i niezgodnego z przeznaczeniem korzystania z Opaski jest wyłączona.
3. GOPS nie ponosi odpowiedzialności:
 - a. za korzystanie z Opaski w sposób niezgodny z przeznaczeniem,
 - b. z tytułu uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu wynikającego z nieprawidłowego użytkowania Opaski,
 - c. w przypadku odłączenia Opaski z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Opaski lub rozładowania Opaski w czasie świadczenia usługi,
 - d. w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,
 - e. korzystania z Opaski przez inną osobę niż Uczestnik.
4. GOPS nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 7

1. Umowa może zostać wypowiedziana w każdym momencie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
 - a. upływu okresu jej obowiązywania,
 - b. przerwania uczestnictwa w programie w związku ze zmianą zamieszkania Uczestnika,
 - c. objęcia Uczestnika stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
 - d. zgonu Uczestnika,



- e. rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II”.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez GOPS w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
 - a. naruszenie przez Uczestnika postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Programu,
 - b. trwałego uszkodzenia Opaski z winy Uczestnika.
4. Po zakończeniu okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, Uczestnik zobowiązany jest zwrócić GOPS Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką sieciową w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku zgonu Uczestnika lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Opaski zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez Uczestnika do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki (przedstawiciel ustawowy).

§ 8

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. GOPS zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji postanowień niniejszej Umowy w miejscu zamieszkania Uczestnika programu.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
4. Osobami do kontaktu z Uczestnikiem programu w trakcie realizacji Umowy są wyznaczeni koordynatorzy: tel. kontaktowy: _____.

GOPS :

Uczestnik programu:

Czytelny podpis Uczestnika

Załączniki:

Załącznik Nr 1 – Oświadczenie Uczestnika.

Załącznik Nr 2 – Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki (przedstawiciela ustawowego).

Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzanie danych osobowych Uczestnika/ przedstawiciela ustawowego, zawartych w Umowie.



_____, ____/____/2022 r.
miejsowość, data

Uczestnik:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel lub numer dowodu osobistego: _____

Numer telefonu: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Niniejszym oświadczam, że jako Uczestnik Programu odebrałem Urządzenie, tj. opaskę bezpieczeństwa Sidly Care PRO z systemem teleopieki, przekazaną mi w ramach programu „**Korpus Wsparcia Seniorów**” na 2022 rok.

Zobowiązuje się do zwrotu Urządzenia z dniem zakończenia programu, tj. 31 grudnia 2022 r. lub w wyniku wezwania do zwrotu przez Koordynatora Programu (np. ze względu na niewłaściwe użytkowanie). W przypadku uszkodzenia opaski, zobowiązuję się powiadomić o tym w przeciągu 3 dni wskazanego Koordynatora Programu w GOPS Jerzmanowice oraz dział serwisowy Sidly Sp. z o.o.

Informuję, że zostałem zapoznany z instrukcją obsługi Urządzenia oraz regulaminem udziału w programie.

Czytelny podpis Uczestnika



_____, ____/____/2022 r.
miejsowość, data

Osoba wskazana do kontaktu:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel lub numer dowodu osobistego: _____

Numer telefonu: _____

Dotyczy Uczestnika:

Imię i nazwisko: _____

OŚWIADCZENIE

osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki (przedstawiciela ustawowego)

Ja niżej podpisana/y _____ oświadczam, że w przypadku zgonu
imię i nazwisko

Uczestnika programu lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej ze względu na stan zdrowia przez Uczestnika (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić GOPS Jerzmanowice ww. Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

Czytelny podpis osoby wskazanej do kontaktu

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SIDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika na podstawie:
 - a) Świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - c) gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
 - d) w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, w oparciu o powierzenie przetwarzania danych osobowych – na dzień złożenia oświadczenia jest nim SIDLY sp. z o.o., NIP: 7010435677.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, przez czas wskazany w upoważnieniu osoby korzystającej z urządzenia Sidly lub do czasu odwołania upoważnienia nadanego przez osobę korzystającą z urządzenia Sidly, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, jak również Karta Informacyjna Pacjenta wypełniona przez Użytkownika lub Opiekuna.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - b) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - d) żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;

- e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

....., dnia

(miejsowość)

(data)

(podpis Klienta)

--

Imię i nazwisko

Dziękujemy za wybranie Teleopieki SiDLY. Prosimy o wypełnienie poniższego formularza drukowanymi literami. Poprawne i czytelne wypełnienie formularza jest niezbędne do prawidłowego świadczenia usługi. Zebrane informacje pozwolą na udzielenie natychmiastowej pomocy lub na wezwanie służb ratunkowych.

1. Dane osobowe																			
Imię																			
Nazwisko																			
PESEL																			
Data urodzenia RRRR - MM - DD					-			-											
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>									Mężczyzna <input type="checkbox"/>									
Wzrost i waga	Wzrost					cm	Waga									kg			
Numer telefonu	+48															+48			
Adres zamieszkania	Kod pocztowy						-			Poczta (jeśli dotyczy)									
	Miejscowość																		
	Ulica (jeśli dotyczy)																		
	Numer budynku									Numer lokalu									
	Numer klatki							Piętro											
Wskazówki dojazdu dla służb ratunkowych																			

Wprowadź 15 cyfrowy numer IMEI opaski SiDLY.
Numer ten znajduje się na spodzie opakowania/pudełka opaski SiDLY

2. IMEI opaski														
Numer IMEI														

Jeżeli w pudełku wraz z urządzeniem jest naklejka z numerem IMEI przyklej ją na karcie pacjenta we wskazanym miejscu.

Naklejkę przyklej w tym miejscu

Imię i nazwisko

Wprowadź dane osoby do kontaktu. Podaj numer telefonu, adres i powiązanie.
Jeżeli osoba posiada klucz do mieszkania, zaznacz odpowiednie pole.

3. Osoba do kontaktu 1		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

4. Osoba do kontaktu 2		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

5. Osoba do kontaktu 3		
Imię i nazwisko		
Numer telefonu	+48	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Powiązanie <small>np. syn, sąsiad, krewny</small>		
Adres zamieszkania		
Dodatkowe informacje		Posiada klucz <input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko

Wypełnij dane dotyczące aktualnych chorób. Zaznacz "x" w odpowiednich polach.
Jeśli posiadasz inne schorzenia, wpisz je w polu "Inne".

6. Dane medyczne																																																	
Choroby	<table><tr><td>Alzheimer</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nadciśnienie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Parkinson</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Astma/POChP</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Cukrzyca</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Padaczka</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Po zawale</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Aparat słuchowy</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Po udarze</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Choroba nowotworowa</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Leczenie paliatywne</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Arytmie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Jakie?</td><td colspan="3"><input type="text"/></td></tr><tr><td>Rozrusznik</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Rodzaj?</td><td colspan="3"><input type="text"/></td></tr><tr><td>Inne</td><td colspan="5"><input type="text"/></td></tr></table>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Astma/POChP	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>	Po zawale	<input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	Po udarze	<input type="checkbox"/>			Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>					Leczenie paliatywne	<input type="checkbox"/>			Arytmie	<input type="checkbox"/>	Jakie?	<input type="text"/>			Rozrusznik	<input type="checkbox"/>	Rodzaj?	<input type="text"/>			Inne	<input type="text"/>				
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>																																												
Astma/POChP	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>																																												
Po zawale	<input type="checkbox"/>	Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	Po udarze	<input type="checkbox"/>																																												
		Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/>																																														
		Leczenie paliatywne	<input type="checkbox"/>																																														
Arytmie	<input type="checkbox"/>	Jakie?	<input type="text"/>																																														
Rozrusznik	<input type="checkbox"/>	Rodzaj?	<input type="text"/>																																														
Inne	<input type="text"/>																																																
Alergie	<input type="text"/>																																																
Uzależnienia	<input type="text"/>																																																
COVID-19	<p>Czy pacjent jest zaszczepiony przeciw COVID-19? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Data ostatniego szczepienia: <input type="text"/><input type="text"/>. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>. miesiąc rok</p>																																																

Wskaż miejsce przechowywania dokumentacji medycznej.

7. Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej
<input type="text"/>

Imię i nazwisko

Zaznacz "x" w odpowiednich polach.

8. Ocena samodzielności			
Poruszanie się	Bez pomocy <input type="checkbox"/>	Z chodzikiem <input type="checkbox"/>	O lasce <input type="checkbox"/>
	Na wózku <input type="checkbox"/>	Osoba leżąca <input type="checkbox"/>	
Słuch	Dobry <input type="checkbox"/>	Niedosłuch <input type="checkbox"/>	Głuchota <input type="checkbox"/>
Wzrok	Dobry <input type="checkbox"/>	Niedowidzenie <input type="checkbox"/>	Osoba niewidoma <input type="checkbox"/>
Kontakt słowno-logiczny	Zachowany <input type="checkbox"/>	Zróznicowany <input type="checkbox"/>	Niezachowany <input type="checkbox"/>

W tym polu wpisz wszelkie dodatkowe informacje, które mogą okazać się pomocne służbom ratunkowym.

9. Dodatkowe informacje

v4.2022

Imię i nazwisko

Wpisz przyjmowane leki **na receptę** wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia.

10. Leki			
Lp	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Wskaż miejsce przechowywania leków.

11. Miejsce przechowywania leków

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, iż podane w powyższym formularzu dane stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam że osoby wymienione w Karcie Informacyjnej Pacjenta, jako osoby do kontaktu, mogą otrzymywać informacje o stanie mojego zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis

Imię i nazwisko

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

Realizując obowiązek prawny nałożony na Administratora danych przepisami art. 13 i art. 14 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) zwanego dalej „RODO” informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SIDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika opaski telemetrycznej (zwanego dalej Użytkownikiem) na podstawie:
 - a) świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - c) gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
 - d) w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, przy czym Administrator danych upoważniony jest do powierzenia przetwarzania danych w tym zakresie innemu podmiotowi lub samodzielnego świadczenia usług teleopieki.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Administrator informuje, że dane osobowe:
 - Użytkownika – będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających oraz będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej;
 - Opiekuna Użytkownika wskazanego w Karcie Informacyjnej (zwanego dalej Opiekunem) - będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń z niej wynikających, w zakresie w jakim dane osobowe stanowią część dokumentacji medycznej, będą przechowywane przez okres ich archiwizacji wynikający z odrębnych przepisów, dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki, który przekazuje Administratorowi Kartę Informacyjną wypełnioną przez Użytkownika. Ponadto Administrator będzie pozyskiwał dane osobowe Użytkownika, za pomocą opaski telemetrycznej z której Użytkownik będzie korzystał w trakcie świadczenia usługi teleopieki.
9. Administrator w ramach świadczonej usługi teleopieki przetwarza następujące dane osobowe:
 - I. Użytkownika:
 - a) dane, w tym dane medyczne, zawarte w wypełnionej Karcie Informacyjnej;
 - b) dane, w tym dane medyczne, pozyskiwane za pośrednictwem opaski telemetrycznej z której korzysta Użytkownik, to jest:
 - Wyniki pomiaru pulsu
 - Wyniki pomiaru aktywności (krokomierz)
 - Lokalizacja opaski powierzonej użytkownikowi – w wypadku rozpoczęcia procedury alarmowej
 - II. Opiekuna: Imię, Nazwisko, numer telefonu, adres zamieszkania, rodzaj powiązania z Użytkownikiem, informacja czy Opiekun posiada klucze do mieszkania Użytkownika.
10. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - b) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - d) żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

..... dnia
(miejscowość) (data) (czytelny podpis)