

Sprawozdanie merytoryczne za dany okres sprawozdawczy

Okres realizacji zadania: od..... do.....

Nazwa Realizatora	
Nr umowy	
Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)	
Numer i nazwa zadania	
Łączna kwota środków przyznanych w danym roku budżetowym	
Łączna kwota środków wydatkowanych w danym okresie z tego:	
• Łączna kwota środków majątkowych	
• Łączna kwota środków bieżących	
% środków wydatkowanych narastająco w danym roku	
Miejsce przechowywania dokumentacji	
Opiekun merytoryczny umowy (osoba do kontaktu w sprawie sprawozdania - adres e-mail, telefon)	

1. Opis wykonania zadań w oparciu o zał. nr 1 do umowy zawartej na realizację zadania tj. **Planu rzeczowo-finansowego** z wyszczególnieniem podmiotów wykonujących poszczególne działania oraz terminowością działań (na podstawie **Harmonogramu realizacji zadania**)¹.

Poszczególne działania realizowane w ramach zadania – zgodnie z przyjętym	Stan realizacji działań podjętych w danym okresie rozliczeniowym w odniesieniu do opisu wskazanego w formularzu B przyjętego wniosku²	Status realizacji zadania <ul style="list-style-type: none"> • zrealizowane • w trakcie realizacji • opóźnienie w realizacji 	Realizator lub inny podmiot, który	Poniesiony wydatek w danym okresie (w zł)
--	---	---	---	--

¹ Należy szczegółowo opisać wszelkie zainicjowane i podjęte działania zrealizowane w danym okresie rozliczeniowym, w tym poziom realizacji całości działania, osiągnięte wskaźniki, cele, opracowane materiały, raporty lub inne dokumenty wymagane umową (jeśli dotyczy).

² W przypadku ostatniego sprawozdania składanego w danym roku budżetowym opis stanu realizacji działań objętych rozliczeniem obejmuje działania planowane do realizacji do 31 grudnia danego roku.

wnioskiem (formularz C)		<ul style="list-style-type: none"> • zagrożenie/ryzyko realizacji • zmiana koncepcji/rezygnacja • do zrealizowania 	wykonał działanie	
1	2 [opis podjętych działań + inf. o zmianach]	3	4	5
działanie 1				
poszczególne składowe działania 1				
poszczególne składowe działania 1				
....				
Łączna kwota środków wydatkowanych przez Realizatora				

2. Trudności, bariery, problemy napotkane w trakcie realizacji zadania.

Nazwa działania/poddziałania	Opis trudności	Propozycja rozwiązania

3. Zestawienie wszystkich produktów opracowanych w ramach realizacji zadania w danym okresie sprawozdawczym. **Każdy produkt w postaci raportu, sprawozdania lub publikacji itp. musi zawierać spis treści, wprowadzenie, streszczenie oraz podsumowanie z rekomendacjami.**

Lp.	Nazwa produktu	Krótki opis czego dotyczy produkt + link do publikacji online	Data przekazania do MZ	Do wiadomości/ do akceptacji

4. Poziom osiągnięcia zakładanych rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji (zgodnie ze złożoną ofertą/wnioskiem).

<i>Lp.</i>	<i>Zakładane rezultaty³ realizacji zadania</i>	<i>Sposób monitorowania/ ewaluacji osiągniętych rezultatów</i>	<i>Planowany poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu (wartość docelowa)</i>	<i>Poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu w odniesieniu do wartości docelowej + wyjaśnienie w przypadku odchyień od planu</i>

5. Wnioski i spostrzeżenia do ogólnej realizacji zadania w danym okresie.

Oświadczenie Realizatora

Oświadczam, że:

1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora;

³ W miejscu tym należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania. Przykłady rezultatów realizacji zadania: podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, nawiązanie współpracy, wdrożenie rozwiązań opracowanych w badaniach.

Załącznik nr 3

2. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i rzetelnie odzwierciedlają rzeczowy i finansowy postęp realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego;
3. W sprawozdaniu nie pominięto żadnych istotnych informacji, ani nie podano nieprawdziwych informacji, które mogłyby wpłynąć na ocenę prawidłowości realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz finansowego i rzeczowego postępu realizacji umowy;
4. Wszystkie wydatki przeznaczone na działania wskazane w niniejszym Sprawozdaniu oraz w trakcie realizacji umowy zostały faktycznie poniesione, zgodnie z zapisami umowy i powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora *(właściwie wpisać)*

/dokument podpisany elektronicznie/

Dotyczy Umowy nr:

Nazwa Realizatora zadania:

Cel operacyjny NPZ:

Nazwa i numer zadania:

Plan wg. Umowy:		Data zwrotu środków:	
Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia:		Wykorzystanie kwoty przekazanej dotacji:%
Środki wydatkowane (otrzymane z Ministerstwa Zdrowia)		Dochód - jeśli dotyczy:	
Środki podlegające zwrotowi:		Przychód - jeśli dotyczy:	

Lp.	Wykonany zakres rzeczowy działań zgodnie z Planem (nazwa działania)	Planowany koszt całkowity (dofinansowanie z MZ)	Wydatkowany koszt całkowity	Dochód - jeśli dotyczy	Środki wydatkowane z dotacji przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia (6=4-5)	Faktura/ dokument finansowy uzasadniający wydatek				Uwagi
						Wartość brutto (w zł)	Numer	Data wystawienia	Data zapłaty	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
.....										

Razem, w tym:			
% kosztów administracyjnych			
koszty administracyjne w zł			
% udziału własnego w kosztach			
udział własny w zł			

*Podpis kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1
pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o
rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047) lub
Głównego Księgowego
(wpisać właściwe imię i nazwisko)
/dokument podpisany elektronicznie/*

Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora

*(wpisać właściwe imię i nazwisko)
/dokument podpisany elektronicznie/*

Miejscowość i data:

Sporządzający:

Nr. telefonu:

Adres poczty elektronicznej:

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji zadania za dany rok budżetowy**- rok**

Okres realizacji zadania: od..... do.....

Nazwa Realizatora	
Nr umowy	
Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)	
Numer i nazwa zadania	
Łączna kwota środków przekazanych Realizatorowi na realizację zadania w danym roku budżetowym	
Łączna kwota środków rozliczonych przez Realizatora w danym roku budżetowym	
% środków rozliczonych	
Miejsce przechowywania dokumentacji	

1. Informacja czy zakładane cele realizacji zadania zostały osiągnięte w wymiarze określonym w ofercie i umowie zawartej na realizację zadania, w tym:
 - a) opis i poziom osiągnięcia wskaźników i efektów określonych w ofercie,
 - b) opis realizacji zadania przez personel posiadający kwalifikacje określone w ofercie.

--

2. Opis wykonania zadań w oparciu o zał. nr 1 do umowy zawartej na realizację zadania tj. **Planu rzeczowo-finansowego** z wyszczególnieniem podmiotów wykonujących poszczególne działania oraz terminowością działań (na podstawie **Harmonogramu realizacji zadania**)¹.

Poszczególne działania realizowane w ramach zadania – zgodnie z przyjętym wnioskiem (formularz C)	Stan realizacji działań podjętych w danym okresie rozliczeniowym w odniesieniu do opisu wskazanego w formularzu B przyjętego wniosku²	Status realizacji zadania <ul style="list-style-type: none"> • zrealizowane • w trakcie realizacji • opóźnienie w realizacji • zagrożenie/ryzyko realizacji • zmiana koncepcji/rezygnacja • do zrealizowania 	Realizator lub inny podmiot, który wykonał działanie	Poniesiony wydatek w danym okresie (w zł)
1	2 [opis podjętych działań + inf. o zmianach]	3	4	5
działanie 1				
poszczególne składowe działania 1				
poszczególne składowe działania 1				
....				
Łączna kwota środków wydatkowanych przez Realizatora				

3. Trudności, bariery, problemy napotkane w trakcie realizacji zadania.

Numer i nazwa działania/poddziałania	Opis trudności	Propozycja rozwiązania

¹ Należy szczegółowo opisać wszelkie zainicjowane i podjęte działania zrealizowane w danym okresie rozliczeniowym, w tym poziom realizacji całości działania, osiągnięte wskaźniki, cele, opracowane materiały, raporty lub inne dokumenty wymagane umową (jeśli dotyczy).

² W przypadku ostatniego sprawozdania składanego w danym roku budżetowym opis stanu realizacji działań objętych rozliczeniem obejmuje działania planowane do realizacji do 31 grudnia danego roku.

4. Zestawienie wszystkich produktów opracowanych w ramach realizacji zadania w danym okresie sprawozdawczym. **Każdy produkt w postaci raportu, sprawozdania lub publikacji itp. musi zawierać spis treści, wprowadzenie, streszczenie oraz podsumowanie z rekomendacjami.**

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa produktu</i>	<i>Krótki opis czego dotyczy produkt + link do publikacji online</i>	<i>Data przekazania do MZ</i>	<i>Do wiadomości/ do akceptacji</i>

5. Poziom osiągnięcia zakładanych rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji (zgodnie ze złożoną ofertą/wnioskiem).

<i>Lp.</i>	<i>Zakładane rezultaty³ realizacji zadania</i>	<i>Sposób monitorowania/ ewaluacji osiągniętych rezultatów</i>	<i>Planowany poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu (wartość docelowa)</i>	<i>Poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu w odniesieniu do wartości docelowej + wyjaśnienie w przypadku odchyłań od planu</i>

6. Szczegółowy opis osiągniętych rezultatów z realizacji zadania w danym roku budżetowym, w tym na realizację celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia⁴.

--

³ W miejscu tym należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania. Przykłady rezultatów realizacji zadania: podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, nawiązanie współpracy, wdrożenie rozwiązań opracowanych w badaniach.

⁴ Zgodnie z rozdz. I załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642): wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

7. Wnioski i spostrzeżenia do ogólnej realizacji zadania w danym okresie.

Oświadczenie Realizatora

Oświadczam, że:

1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora;
2. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i rzetelnie odzwierciedlają rzeczowy i finansowy postęp realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego;
3. W sprawozdaniu nie pominięto żadnych istotnych informacji, ani nie podano nieprawdziwych informacji, które mogłyby wpłynąć na ocenę prawidłowości realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz finansowego i rzeczowego postępu realizacji umowy;
4. Wszystkie wydatki przeznaczone na działania wskazane w niniejszym Sprawozdaniu oraz w trakcie realizacji umowy zostały faktycznie poniesione, zgodnie z zapisami umowy i powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora (właściwe wpisać)

/dokument podpisany elektronicznie/

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji zadania za całość realizacji umowy

Okres realizacji zadania: od..... do.....

I. Ogólne dane

Nazwa Realizatora	
Nr umowy	
Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)	
Numer i nazwa zadania	
Łączna kwota środków przekazanych Realizatorowi na realizację zadania	
Łączna kwota środków rozliczonych przez Realizatora	
% środków rozliczonych	
Miejsce przechowywania dokumentacji	

II. Sprawozdanie merytoryczne

1. Informacja czy zakładane cele realizacji zadania zostały osiągnięte w wymiarze określonym w ofercie i umowie zawartej na realizację zadania, w tym:
 - a. opis i poziom osiągnięcia wskaźników i efektów określonych w ofercie;
 - b. opis realizacji zadania przez personel posiadający kwalifikacje określone w ofercie.

2. Trudności, bariery, problemy napotkane w trakcie realizacji zadania.

<i>Numer i nazwa działania/poddziałania</i>	<i>Opis trudności</i>	<i>Sposób rozwiązania</i>

3. Opis wykonania zadań w oparciu o zał. nr 1 do umowy zawartej na realizację zadania tj. *Plan rzeczowo-finansowy z wyszczególnieniem podmiotów wykonujących poszczególne działania oraz terminowością działań (na podstawie zał. nr 2 – Harmonogramu realizacji zadania)*¹.

Poszczególne działania realizowane w ramach zadania	Opis realizacji i wykonania działania	Termin realizacji działania	Realizator lub inny podmiot, który wykonał działanie
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
20.... rok			
Działanie 1			
poszczególne składowe działania 1			
poszczególne składowe działania 1			
poszczególne składowe działania 1			
....			
20.... rok			
Działanie 1 itd....			

¹ Należy szczegółowo opisać wszelkie zainicjowane i podjęte działania zrealizowane w każdym roku budżetowym i przez cały okres realizacji zadania, w tym poziom realizacji całości działania, osiągnięte wskaźniki, cele, opracowane materiały, raporty lub inne dokumenty wymagane umową (*jeśli dotyczy*).

4. Opis, w jaki sposób realizacja zadania wpłynęła na realizację celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia²

5. Szczegółowy opis osiągniętych rezultatów realizacji zadania.

6. Poziom osiągnięcia zakładanych rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji (zgodnie ze złożoną ofertą)

<i>Lp.</i>	<i>Zakładane rezultaty³ realizacji zadania</i>	<i>Sposób monitorowania/ ewaluacji osiągniętych rezultatów</i>	<i>Planowany poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu (wartość docelowa)</i>	<i>Poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu w odniesieniu do wartości docelowej + wyjaśnienie w przypadku odchylenia od planu</i>

² Zgodnie z rozdz. I załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642): wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

³ W miejscu tym należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania. Przykłady rezultatów realizacji zadania: podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, nawiązanie współpracy, wdrożenie rozwiązań opracowanych w badaniach.

7. Zestawienie wszystkich materiałów i utworów opracowanych w ramach realizacji zadania. **Każdy produkt w postaci raportu, sprawozdania lub publikacji itp. musi zawierać spis treści, wprowadzenie, streszczenie oraz podsumowanie z rekomendacjami.**

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa produktu</i>	<i>Krótki opis czego dotyczy produkt + link do publikacji online</i>	<i>Data przekazania do MZ</i>	<i>Do wiadomości/ do akceptacji</i>

III. Postęp finansowy dotyczący realizowanego zadania

1. Podsumowanie wydatków za całość realizacji zadania

<i>Rok realizacji zadania</i>	<i>Planowane koszty zgodnie z Planem rzeczowo-finansowym</i>	<i>Poniesione wydatki</i>	<i>% wykorzystania dofinansowania (3/2 x 100%)</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
2021			
2022			
2023			
....			
OGÓŁEM			

2. Dochody /jeśli dotyczy/

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj dochodu</i>	<i>Kwota</i>
<i>20.... rok</i>		

<i>20.... rok</i>		
	Ogółem	

W tym, uzyskany przychód /jeśli dotyczy/

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj przychodu</i>	<i>Kwota</i>
<i>20.... rok</i>		
<i>20.... rok</i>		
	Ogółem	

3. Łącznie do zwrotu /jeśli dotyczy/

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj środków</i>	<i>Kwota</i>		
		<i>20....</i>	<i>20...</i>	<i>20...</i>
	Przychody			
	Kwota niewykorzystanej dotacji			
	Ogółem za dany rok			
	Sumarycznie			

IV. Oświadczenie Realizatora

Oświadczam, że:

1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora;
2. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i rzetelnie odzwierciedlają rzeczowy i finansowy postęp realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego;
3. W sprawozdaniu nie pominięto żadnych istotnych informacji, ani nie podano nieprawdziwych informacji, które mogłyby wpłynąć na ocenę prawidłowości realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz finansowego i rzeczowego postępu realizacji umowy;
4. Wszystkie wydatki wskazane w niniejszym Sprawozdaniu oraz w trakcie realizacji umowy zostały faktycznie poniesione, zgodnie z zapisami umowy i powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora *(właściwe wpisać)*

/dokument podpisany elektronicznie/

Nazwa i adres Realizatora
(właściwie wpisać)

Oświadczenie o kwalifikowalności podatku od towarów i usług¹

W związku z przyznaniem.....(nazwa Realizatora oraz jego status prawny)..... środków wskazanych w § 2 ust. 1 umowy na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pn.....(nazwa zadania z NPZ) w zakresie pkt (nazwa Realizatora) oświadcza, iż realizując powyższe zadanie nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług (np. z urzędu skarbowego).

Jednocześnie.....(nazwa Realizatora) zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach realizacji zadania na podstawie ww. umowy poniesionego podatku od towarów i usług, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku* przez(nazwa Realizatora)..... .

(nazwa Realizatora)..... zobowiązuje się również do udostępniania dokumentacji finansowo-księgowej oraz udzielania uprawnionym organom kontrolnym informacji umożliwiających prawidłowość rozliczenia umowy, w tym podatku od towarów i usług.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora (właściwie wpisać)

/dokument podpisany elektronicznie/

¹ Oświadczenie może być modyfikowane w przypadku gdy oferent kwalifikuje podatek od towarów i usług wyłącznie w odniesieniu do poszczególnych kategorii wydatków.

* Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2017 r. poz. 1221)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
przez Ministerstwo Zdrowia**

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych osobowych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **[podać nazwę i adres podmiotu]**;
2. z Inspektorem Ochrony Danych w **[podać nazwę i adres podmiotu]** może Pani/Pan skontaktować się poprzez **[wskazać dane kontaktowe]**;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025*, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e i c 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), tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (m.in. obowiązek archiwizacji dokumentacji medycznej wynikający z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **[wskazać odbiorców]**.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji Programu oraz prowadzenia analizy jego efektywności oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne w celu udziału w zadaniu w ramach *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025*. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w tym Programie.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
przez Ministerstwo Zdrowia**

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych osobowych niebezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 2) z Inspektorem Ochrony Danych w Ministerstwie Zdrowia może Pani/Pan skontaktować się poprzez adres e-mail: iod@mz.gov.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu (Cel przetwarzania danych) na podstawie (Należy podać podstawę prawną przetwarzania, np. art. 6 ust 1 pkt a/b/c/d/e.);
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą (Należy wymienić kategorię odbiorców, o ile istnieją);
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej na podstawie: (Należy podać podstawę prawną przekazania danych do państwa trzeciego);
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres (Jeżeli nie ma możliwości wskazania okresu przechowywania, należy podać kryterium ustalania tego okresu, np. do czasu wyłonienia zwycięzcy konkursu, do czasu zakończenia rekrutacji itd.);
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- 9) Pani/Pana dane osobowe zostały pobrane z (Należy podać źródło danych, również gdy dane zostały podane z publicznie dostępnego źródła);
- 10) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania (Jeżeli zachodzi). Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach (Należy podać zasady profilowania), konsekwencją takiego przetwarzania będzie (Należy wskazać istotne informacje o zasadach zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz informacje o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą – na przykład, w jaki sposób będą oceniane czynniki osobowe osoby fizycznej. Przykładową konsekwencją takiego przetwarzania może być (...)).

Adresat:
Ministerstwo Zdrowia
Departament Oceny Inwestycji
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

FORMULARZ ZMIAN NR..... Z DNIA			
Nazwa Realizatora			
Nr umowy			
Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)			
Numer i nazwa zadania			
RODZAJ ZMIAN			
Dotyczy		Wybrać właściwe	
Umowy			
Załącznika nr 1 do umowy – <i>Plan rzeczowo-finansowy</i>			
Załącznika nr 2 do umowy – <i>Harmonogram realizacji zadania</i>			
Załącznika nr 7 do umowy – <i>Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT</i>			
Załącznika nr 9 do umowy – <i>Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru</i>			
Inne (wymienić)			
SZCZEGÓŁOWY OPIS PROPONOWANYCH ZMIAN			
UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI WPROWADZENIA ZMIAN			
ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE PROPONOWANYCH ZMIAN			
PRZED ZMIANĄ:		PO ZMIANIE:	
1.	...	1.	...
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
...		...	

ZAŁĄCZNIKI, KTÓRE ULEGAJĄ ZMIANIE, ZAŁĄCZONE DO FORMULARZA /wypełnić, jeśli dotyczy/	
Umowa	
Załącznik nr 1 do umowy – <i>Plan rzeczowo-finansowy</i>	
Załącznik nr 2 do umowy – <i>Harmonogram realizacji zadania</i>	
Załącznik nr 7 do umowy – <i>Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT</i>	
Załącznik nr 9 do umowy – <i>Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru</i>	
Inne (wymienić)	
DATA	
PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTACJI REALIZATORA	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora (<i>właściwe wpisać</i>) <i>/dokument podpisany elektronicznie/</i>

.....
Nazwa Realizatora (*właściwie wpisać*)**Oświadczenie o uruchomieniu, oddaniu do użytku i wpisaniu do ewidencji księgowej sprzętu**

Oświadczam, że nw. sprzęt zakupiony w ramach umowy nrz dniasfinansowany ze środków Ministra Zdrowia w ramach realizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021 - 2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642) uruchomiono, oddano do użytku i wpisano do ewidencji księgowej środków trwałych.

L.p.	Nazwa sprzętu (rodzaj)	Liczba zakupionego sprzętu	Data zainstalowania	Miejsce zainstalowania	Problemy	Rodzaj działań podjętych w ramach realizacji danego zadania (opis, wskazanie terminów, czynności)	Poniesiony całkowity koszt (dokładna kalkulacja)	Uwagi/wnioski
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

*należy dołączyć dowód księgowy przyjęcia środka trwałego

Imię i nazwisko (*właściwie wpisać*)elektroniczny podpis osoby upoważnionej
do reprezentacji Realizatora