***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU**

**W SZKOLENIACH REALIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTU**

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PODMIOTU LECZNICZEGO** | | | | | |
| **Firma**  **albo**  **imię i nazwisko** |  | | | | |
| **NIP** |  | | | | |
| **REGON** |  | | | | |
| **Numer Księgi Rejestrowej (RPWDL)** |  | | | | |
| **Adres siedziby podmiotu leczniczego** | województwo |  | | ulica |  |
| kod pocztowy |  | | nr domu |  |
| miejscowość |  | | nr lokalu |  |
| **Numer telefonu** |  | | | | |
| **E-mail (adres poczty elektronicznej)** |  | | | | |
| **Rodzaj świadczeń zdrowotnych udzielanych  w podmiocie leczniczym** | ☐ szpitalna opieka zdrowotna | | | | |
| **KRYTERIA REKRUTACJI I UCZESTNICTWA** | | | | | |
| **Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przeprowadzenie audytu w podmiocie leczniczym?** | ☐ tak  ☐ nie | | | | |
| W przypadku wyrażenia zgody na przeprowadzenie audytu po zakończeniu szkolenia, Podmiot otrzyma 5 punktów premiujących w procesie rekrutacji. | | | | | |
| **Czy w podmiocie leczniczym stwierdzono naruszenia prawa pacjenta lub uchybienia poprzez Rzecznika Praw Pacjenta?** | ☐ tak  ☐ nie | | | | |
| W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości lub uchybień, Podmiot otrzyma 5 punktów premiujących w procesie rekrutacji. | | | | | |
| **Preferowane miasto  i data w którym Uczestnik będzie brał udział w szkoleniu (proszę o wybór jednego miasta i terminu)** | * Gdańsk/Gdynia/Sopot, 27-28 września 2023r. * Poznań, 9-10 października 2023r. * Warszawa, 11-12 października 2023r. * Łódź, 16-17 października 2023r. * Wrocław, 23-24 października 2023r. * Kraków, 26-27 października 2023r. * Bydgoszcz/Toruń, 30-31 października 2023r. | | | | |
| **DANE PRZEDSTAWICIELA/KI PODMIOTU LECZENICZEGO UCZESTNICZĄCEGO W SZKOLENIU** | | | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | | | |
| **Kraj** |  | | | | |
| **Płeć** | ◻ Kobieta  ◻ Mężczyzna | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | |
| **E-mail (adres poczty elektronicznej)** |  | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZATRUDNIENIA PRZEDSTAWICIELA/KI PODMIOTU LECZENICZEGO** | | | | | |
| **Wykonywany zawód** |  | | | | |
| **Wykonywanie pracy lub świadczenie usług dla podmiotu leczniczego** | ☐ Tak  ☐ Nie | | | | |
| **Forma współpracy** | ☐ zatrudnienie w ramach umowy o pracę  ☐ zatrudnienie w ramach umowy cywilnoprawnej  ☐ współpraca z podmiotem leczniczym w ramach kontraktu  ☐ właściciel podmiotu leczniczego  ☐ członek zarządu | | | | |
| **WNIOSEK O ZAPEWNIENIE MIEJSCA NOCLEGOWEFO DLA PRZEDSTAWCIELA/KI W SZKOLENIU\*** | | | | | |
| **W przypadku zakwalifikowania do udziału  w projekcie zwracam się z prośbą  o zapewnienie miejsca noclegowego dla Przedstawiciela/ki Podmiotu w ilości 1 doby hotelowej (nocleg jest zapewniany pomiędzy dniami szkoleniowymi)** | | | ☐ tak  ☐ nie | Jednocześnie oświadczam, że miejsce zamieszkania jest oddalone od miejsca realizacji szkolenia o: ………………………… km | |
| \*Prawo do skorzystania z miejsca noclegowego mają Przedstawiciele/ki Uczestników, których odległość miejsca zamieszkania do miejsca realizacji szkolenia wynosi co najmniej 50 km. Nocleg jest zapewniany w pokojach dwuosobowych, pomiędzy dniami szkoleniowymi. | | | | | |

Ponadto oświadczam, że:

1. podmiot leczniczy spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego;
2. zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz akceptuję jego warunki;
3. zostałem/zostałam poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Projektu „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”;
4. jestem świadomy/świadoma, że uzyskanie zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo w szkoleniu jest poprzedzone rozwiązaniem testu i uzyskaniem z niego pozytywnej oceny;
5. wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość i data | Osoba mająca uprawnienia do reprezentowania podmiotu leczniczego | Podpis Przedstawciela/ki  (uczestnika szkolenia) |
|  |  |  |

Porozumienie nr POWR.05.02.00-00-0005/20-00/3858/2021/52

Strona1

Tytuł Projektu: Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

***Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie***

**OŚWIADCZENIE ADMINISTRATORA**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”, zwanego dalej „Projektem”, proszę o przyjęcie do wiadomości, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Rzecznik Praw Pacjenta, ul. Młynarska 46,01.171 Warszawa, e-mail: [kancelaria@rpp.gov.pl,](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl) tel. + 48 22 532 82 50);
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się w sprawach związanych

z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem [iodo@rpp.gov.pl](mailto:iodo@rpp.gov.pl) lub siedziby administratora.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wyłącznie związanym z rekrutacją

do Projektu.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, informatyczne lub pocztowe. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych mogą mieć także organy uprawnione do kontroli lub monitorowania prawidłowości wydatkowania środków na podstawie Porozumienia o dofinansowanie Projektu.
2. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w rekrutacji w celu udziału w Projekcie.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -

2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

1. Przysługuje Pani/Panu:

− na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,

− na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych**\***,

− na podstawie art. 17 RODO prawo do usunięcia danych osobowych,

− na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych\*\*,

1. Przysługuje Pani/Panu także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania,

że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.

***\*Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania rekrutacyjnego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*”.

***\*\*Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*