

UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Fizjoterapia profilaktyczna dla chorych na mukowiscydozę”

Zawarta w dniu roku pomiędzy:

MATIO Fundacją Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę z siedzibą w Krakowie przy ul. Celna 6, 30-507 Kraków, wpisaną do krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy pod numerem 0000097900, NIP: 6781561787, REGON: 351136354 reprezentowaną przez:

Pawła Wójtowicza – Prezesa Zarządu Fundacji, PESEL: 61092803717 zwanym dalej „**Realizatorem projektu**”, a

Panem/Panią zamieszkałym/ą w przy ulicy legitymującym/ą się dowodem osobistym o serii i numerze, nr PESELzwanym/ą dalej „**Uczestnikiem Projektu**”.

Beneficjent oraz Uczestnik Zadania publicznego zwani są w dalszej części umowy łącznie „Stronami” a każde z nich z osobna również „Stroną”.

W związku z zakwalifikowaniem Uczestnika Projektu do udziału w Zadaniu publicznym „**Fizjoterapia profilaktyczna dla chorych na mukowiscydozę**”, realizowanym przez MATIO Fundację Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, na podstawie Umowy nr W/I/2105/SZ/437/2020 zawartej z Gminą Miejską Kraków, Strony postanawiają co następuje:

§1

Postanowienia ogólne

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział w Zadaniu publicznym „Fizjoterapia profilaktyczna dla chorych na mukowiscydozę”.
2. Zasady uczestnictwa w Projekcie określa **Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie** (dalej „Regulamin”) Regulamin oraz niniejsza umowa dostępne na stronie <https://mukowiscydoza.pl/>
3. Biuro Projektu znajduje się w Krakowie przy ul. Bobrowskiego 11, 31-552 Kraków
4. Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Miasta Krakowa.
5. Projekt zakłada wsparcie Uczestników w postaci:
 - a. spotkania z fizjoterapeutą – wizyta domowa w domu chorego
 - b. video/tele konsultacje

§2

Oświadczenia Uczestnika Projektu

1. Uczestnik Projektu potwierdza, że zapoznał się z postanowieniami „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie” i niniejszej umowy, akceptuje je oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

2. Uczestnik Projektu potwierdza, że dane osobowe oraz informacje podane przez niego w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i nie zmieniły się do dnia zawarcia niniejszej umowy oraz zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania Organizatora o każdej ich zmianie.
3. Uczestnik Projektu potwierdza, że spełnia następujące warunki uczestnictwa w Projekcie:
 - a. Jest osobą w wieku 0-45 lat
 - b. Jest osobą zamieszkującą teren Miasta i Gminy Kraków
 - c. Jest podopiecznym Fundacji MATIO

§ 3

Obowiązki Uczestnika Projektu

1. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie podpisują niniejszą umowę wraz z załącznikami. Podpisanie umowy jest równoznaczne z akceptacją warunków uczestnictwa w projekcie i oznacza przystąpienie do Projektu.
2. Uczestnik projektu wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych. w celu realizacji Zadania publicznego „Fizjoterapia profilaktyczna dla chorych na mukowiscydozę”
3. Uczestnik Zadania publicznego zobowiązany jest do:
 - a. niezwłocznego informowania Realizatora projektu o zmianie adresu zamieszkania
 - b. niezwłocznego zgłaszania wszystkich zmian numeru telefonu kontaktowego, adresu poczty elektronicznej i innych danych podanych w dokumentacji projektowej (formularz zgłoszeniowy, oświadczenia etc.).
 - c. przestrzegania ustalonego harmonogramu spotkań z fizjoterapeutą i konsultacji online.
 - d. potwierdzania podpisem obecności na poszczególnych formach wsparcia.
 - e. wypełniania arkuszy ewaluacyjnych po zakończeniu udziału w formach wsparcia w formie elektronicznej lub papierowej na potrzeby Zadania publicznego.
5. integralną część Umowy stanowi formularz zgłoszeniowy do projektu, do którego wypełnienia Uczestnik jest zobowiązany.

§ 4

Prawa i obowiązki Realizatora projektu

1. **Realizator projektu** ma prawo odstąpić od realizacji projektu, jeśli zostanie wstrzymane bądź przerwane dofinansowanie Projektu przez Urząd Miasta Krakowa.
2. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z umówionego z fizjoterapeutą w określonym terminie spotkania. Uczestnik zobowiązany jest do zgłoszenia tego faktu, nie później niż 24 godziny przed planowanym spotkaniem.

§ 5

Okres trwania umowy

Niniejsza umowa zawarta zostaje na czas określony liczony od dnia jej zawarcia do dnia 31.12.2020r. lub do dnia zakończenia przez Uczestnika/Uczestniczkę udziału w projekcie.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie postanowienia *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*
2. Ewentualne spory związane z realizacją niniejszej umowy strony będą starały się rozwiązać polubownie.
3. W przypadku braku porozumienia spór rozpozna sąd powszechny właściwy dla siedziby Realizatora Projektu.
4. Interpretacja postanowień niniejszej umowy musi być zgodna z umową nr W/1/2105/SZ/437/2020 zawartą pomiędzy MATIO Fundacją Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę a Gminą Miejską Kraków.
5. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Jeden egzemplarz dla Realizatora projektu, jeden egzemplarz dla Uczestnika/Uczestniczki.

.....
Uczestnik/Uczestniczka Projektu
W przypadku niepełnoletniego dziecka - Opiekun

.....
Realizator projektu

Załączniki:

1. Zał. nr 1: Oświadczenie o spełnieniu kryteriów
2. Zał. nr 2: Formularz zgłoszeniowy do projektu i ankieta
3. Zał. nr 3: Regulamin
4. Zał. nr 4: Ankieta Ewaluacyjna

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a

(adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)

PESEL

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

- mieszkam na terenie Gminy Miasta Kraków
- jestem podopiecznym MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę
- jestem opiekunem osoby chorej (zależnej) na mukowiscydozę, podopiecznym MATIO Fundacji Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, która nie ukończyła 45 roku życia
- jestem osobą chorą na mukowiscydozę, podopiecznym MATIO Fundacji Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę i nie ukończyłem 45 roku życia

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis