

## **Porozumienie w Sprawie Przystąpienia do Programu Pomocy Chorym**

zawarte w dniu ..... r. we Wrocławiu, pomiędzy:

**Fundacją Na Rzecz Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Choroby Nowotworowe – Pomóż Walczyć o Życie** z siedzibą przy ul. M.Hłaski35/6, 54-608 Wrocław, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000428288, REGON 021933770, NIP 8982201163, reprezentowaną przez:

Elżbietę Gaworską – Prezes Zarządu

zwaną dalej „**Fundacją**”,

a

•Imię i nazwisko Odbiorcy wpłat celowych.....

legitymującym/ą się dowodem osobistym seria ....., numer .....,

nr PESEL .....

zamieszkałym/ą.....

adres email:.....

numer telefonu do kontaktu .....

•w przypadku osoby niepełnoletniej lub niezdolnej do wykonywania czynności prawnych,

proszę podać poniżej dane przedstawiciela ustawowego

reprezentowanym przez: Imię i nazwisko .....

legitymującym/ą się dowodem osobistym seria ....., numer .....,

nr PESEL .....

zamieszkałym/ą.....

adres email:.....

numer telefonu do kontaktu .....

zwanym/ą dalej „**Odbiorcą wpłat celowych**”,

o następującej treści:

### **§ 1**

W ramach Programu Pomocy Chorym (skrótowa nazwa PPCh) - na rzecz ludzi dotkniętych utratą zdrowia, w szczególności Chorym na stwardnienie rozsiane i choroby nowotworowe, dorosłym oraz dzieciom chorym i z niepełnosprawnością, ich rodzinom oraz osobom zagrożonym utratą zdrowia, Fundacja zobowiązuje się do przyjmowania na swoje konto wpłat celowych na rzecz:

.....

## § 2

1. W ramach Porozumienia, Odbiorca wpłat celowych ma prawo gromadzenia środków na rachunku bankowym w: **ING Bank Śląski S.A. nr rachunku 25 1050 1575 1000 0090 9712 1306**, należącym do Fundacji.
2. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem na PPCh, zgodnie z zasadami korzystania zawartymi w dokumencie „Regulamin dotyczący Programu Pomocy Chorym”, stanowiącym załącznik nr 1 do Porozumienia.
3. Warunkiem przystąpienia do programu jest wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu przepisów 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.

## § 3

1. Fundacja prowadzi odrębną ewidencję wpłat i wypłat dla każdego Odbiorcy wpłat celowych.
2. Między 1 a 5 dniem każdego miesiąca, Fundacja przekazuje informacje o stanie zarejestrowanych środków tzw. stan subkonta, dla każdego Odbiorcy wpłat celowych, na adres mailowy podany podczas rejestracji.
3. W ramach Porozumienia Odbiorca wpłat celowych ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określa „Regulamin dotyczący Programu Pomocy Chorym” (Załącznik nr 1 do Porozumienia).
4. Maksymalny koszt zakupów nie może przekroczyć środków zaewidencjonowanych dla danego Odbiorcy wpłat celowych.
5. Odbiorca wpłat celowych jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przekazanie Fundacji **oryginałów**:
  - a) rachunków lub faktur wystawionych na **Fundacja – Pomóż Walczyć o Życie**  
**ul. M.Hłaski 35/6,**  
**54-608 Wrocław**  
**NIP 8982201163**
  - b) rachunków lub faktur wystawionych na siebie wraz z podaniem o zwrot kosztów. Dokumenty te nie mogą budzić żadnych wątpliwości pod względem ich rzetelności, oryginalności oraz poprawności merytorycznej.  
Wzór podania stanowi załącznik numer 3 do Porozumienia.
6. Oryginał podania o zwrot kosztów oraz oryginały faktur /rachunków wystawionych na siebie, Odbiorca wpłat celowych zobowiązany jest wysłać do Fundacji drogą pocztową.
7. Wszystkie faktury, rachunki lub inne dowody księgowo zagraniczne powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Zwrot kosztów na podstawie rachunków lub faktur wystawionych na osoby fizyczne i poddań, możliwy jest w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia faktury/rachunku.
9. Rachunek lub faktura, o których mowa w § 3 pkt 5 Porozumienia (wystawione na Fundację), muszą zostać dostarczone do Fundacji w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od dnia wystawienia.
10. Na podstawie otrzymanych rachunków lub faktur, o których mowa w ust. 9 powyżej, Fundacja dokonuje, bez zbędnej zwłoki, opłaty za dokonany zakup lub wykonaną usługę wystawcy rachunku lub faktury.

11. Na wezwanie Fundacji Odbiorca wpłat celowych ma obowiązek przedstawić zalecenie lekarza/rehabilitanta do przyjmowania danego leku/suplementu/potrzeb rehabilitacyjnych lub potwierdzającą ten fakt receptę/skierowanie.
12. Faktury, rachunki lub inne dowody księgowe zagraniczne potwierdzające poniesione koszty będą rozliczane według średniego kursu waluty ustalonego przez NBP na dzień wystawienia dowodu potwierdzającego poniesienie kosztów.
13. Wszelkie opłaty za rachunki i faktury bądź zwrot poniesionych kosztów przez Odbiorcę wpłat celowych wykonywane są bezgotówkowo.
14. Nie przewiduje się możliwości przekazania gotówki przez Fundację na rzecz Odbiorcy wpłat celowych.
15. Wpłaty celowe dokonywane przez Darczyńców na rzecz Odbiorcy wpłat celowych powinny być opisane w tytule: **Imię i Nazwisko** Odbiorcy wpłat celowych
16. Odpisy 1,5% podatku dokonywane przez Darczyńców na rzecz Odbiorcy wpłat celowych w celu szczegółowym powinny być opisane: **Imię i Nazwisko** Odbiorcy wpłat celowych.
17. Jeżeli wpłata czy odpis 1,5% nie zawiera wymaganego poprawnego opisu, środki pieniężne zarejestrowane zostaną na koncie ogólnym Fundacji z przeznaczeniem na realizację celów statutowych.

#### § 4

Stan zarejestrowanych środków za dany miesiąc znajduje się w Fundacji. Fundacja przekazuje informacje o stanie zarejestrowanych środków drogą mailową dla każdego Odbiorcy wpłat celowych w systemie miesięcznym.

#### § 5

1. Za czynności administracyjne wykonywane przez Fundację w związku niniejszym Porozumieniem nie jest pobierana żadna opłata.
2. Kwoty wpłat celowych dla Odbiorcy wpłat celowych dokonane za pośrednictwem usługi przelewów on-line udostępnionych na stronie internetowej Fundacji, pomniejszane są o koszty prowizji zgodnie z taryfikatorem dostawcy usługi Przelewy24.
3. Odsetki ze środków zebranych na koncie stanowią przychód Fundacji.

#### § 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. Każda ze Stron może wypowiedzieć Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego niewywiązania się przez drugą Stronę ze zobowiązań wynikających z Porozumienia.
3. Oświadczenia stron w przedmiocie rozwiązania niniejszego Porozumienia przekazywane są drogą mailową, odpowiednio na adres e-mail Fundacji lub na adres e-mail Odbiorcy wpłat celowych wskazany podczas rejestracji.

## § 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 Fundacji i zostają rozdysponowane na realizację celów statutowych Fundacji.

## § 9

1. Odbiorca wpłat celowych zobowiązuje się na bieżąco informować Fundację o wszystkich planowanych akcjach, apelach i zbiórkach pieniężnych dokonywanych publicznie, tj. m.in. do informowania o podawaniu numeru konta Fundacji i numeru KRS w prasie i mediach elektronicznych.
2. Zapewnienie prawidłowości i zgodności z przepisami prawa prowadzenia akcji wymienionych w § 9 pkt 1 Porozumienia, jest obowiązkiem Odbiorcy wpłat celowych.

## § 10

1. Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest zaakceptowany/podpisany i przyjęty do realizacji przez Odbiorcę wpłat celowych dokument „Regulamin dotyczący Programu Pomocy Chorym”, stanowiący załącznik nr 1 do Porozumienia.
2. Oświadczenie Odbiorcy wpłat celowych, że jest niepełnosprawny/chory, wraz z odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, stanowi załącznik nr 2 do Porozumienia.

## § 11

1. Fundacja nie jest odpowiedzialna za jakąkolwiek szkodę jaką Odbiorca wpłat celowych lub osoby trzecie mogą ponieść w związku z wykorzystywaniem przez Odbiorcę wpłat celowych środków zgromadzonych na subkoncie. W szczególności Fundacja nie ponosi odpowiedzialności za realizację i wykonanie zakupów dokonywanych przez Odbiorcę wpłat celowych, jak też jakąkolwiek szkodę majątkową lub też szkodę na osobie mogącą wynikać ze stosowania przez Odbiorcę wpłat celowych „Regulaminu dotyczącego Programu Pomocy Chorym”, o którym mowa §10 pkt 1 Porozumienia .
2. Odbiorca wpłat celowych zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie wszelkiej pomocy medycznej, która może być konieczna do wykorzystania zgromadzonych środków, zgodnie ze „Regulaminem dotyczącym Programu Pomocy Chorym”, jak też do konsultowania z kompetentnymi lekarzami sposobu i zakresu prowadzonej zgodnie z tymi wytycznymi terapii. Fundacja nie jest odpowiedzialna za prawidłowość leczenia Odbiorcy wpłat celowych.

## §12

1. Do Programu przyjmowana jest tylko jedna osoba o takim samym imieniu i nazwisku. Imię i nazwisko stanowi unikalny identyfikator pozwalający na przypisywanie wpłat Odbiorcy wpłat celowych.
2. W przypadku, gdy w czasie trwania Programu Odbiorca wpłat celowych zmieni nazwisko w ten sposób, że nastąpi utrata unikalności (tzn. dwóch Odbiorców wpłat celowych będzie miało to samo imię i nazwisko), nowy identyfikator zawierać będzie **Imię, Nazwisko oraz odpowiednio cyfrę 2, 3, itd.**
3. W przypadku gdy do Fundacji zarejestruje się osoba o takim samym imieniu i nazwisku jak zarejestrowany już Odbiorca wpłat celowych to jej identyfikator zawierać będzie **Imię, Nazwisko oraz odpowiednio cyfrę 2, 3 itd.**
4. Aby Fundacja mogła zarejestrować wpłatę do rejestru Odbiorcy wpłat celowych w przypadku z pkt. 2 i pkt. 3, wpłaty dokonywane przez Darczyńców w tytule przelewu oraz odpisy 1,5% podatku w celu szczegółowym powinny być opisane: **Imię i Nazwisko oraz cyfrę** Odbiorcy wpłat celowych.  
Wszystkie faktury/rachunki wysyłane przez Odbiorcę wpłat celowych będą musiały być opisane: **Imieniem i Nazwiskiem, cyfrą oraz podany będzie musiał być adres zamieszkania.**

## § 13

1. Porozumienie wchodzi w życie z dniem jego podpisania.
2. W przypadku rejestracji online: Porozumienie wchodzi w życie z dniem odesłania przez Fundację maila potwierdzającego pozytywne rozpatrzenie wniosku.

## § 14

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

## § 15

1. Spory mogące wyniknąć z objętego Porozumieniem stosunku prawnego, rozstrzygane będą przez Strony polubownie. W przypadku braku porozumienia Stron, wszelkie spory związane z zawarciem i wykonywaniem niniejszego Porozumienia Strony poddają sądowi powszechnemu właściwemu dla Fundacji.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Porozumieniem zastosowanie mają odpowiednie przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego.

## § 16

1. O wszelkich planowanych przez Fundację zmianach niniejszego Porozumienia Odbiorca wpłat celowych informowany jest drogą mailową, na wskazany przez Odbiorcę wpłat celowych podczas rejestracji adres e-mail.
2. W razie braku akceptacji zmian, o których mowa w pkt.1, ze strony Odbiorcy wpłat celowych może on w terminie 10 dni od dnia otrzymania wiadomości e-mail w tym zakresie rozwiązać niniejsze Porozumienie, ze skutkiem natychmiastowym, z zastrzeżeniem § 7 pkt. 3 oraz § 8 pkt.1 i pkt.2. Po upływie 10 - dniowego terminu uznaje się, że Odbiorca wpłat celowych zaakceptował proponowane przez Fundację zmiany.

## § 17

Przystępując do Porozumienia:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich danych osobowych zawartych w formularzu, zgodnie z brzmieniem 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. W przypadku osób poniżej 13 roku życia, zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać wyrażona jedynie przez przedstawiciela ustawowego małoletniego, co musi zostać potwierdzone odpowiednim dokumentem.
2. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że przekazanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w Programie Pomocy Chorym (PPCh) realizowanym przez Fundację.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że Administratorem danych osobowych osób uczestniczących w Programie (PPCh) jest „Pomóż Walczyć o Życie” Fundacja na rzecz Chorych na stwardnienie rozsiane i choroby nowotworowe z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Hłaski 35/6, 54 – 608 Wrocław, wpisana do rejestru stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem: 0000428288, NIP: 8982201163, REGON: 021933770, kontakt: [fundacja@pomozwalczyc.pl](mailto:fundacja@pomozwalczyc.pl)
4. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że Fundacja zawarła umowy w zakresie powierzenia przetwarzania moich danych z biurem rachunkowym oraz w celu obsługi systemów informatycznych
5. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu jedynie w celach statutowych Fundacji (w tym informowanie mnie o projektach realizowanych przez Fundację), w tym w celu realizacji Porozumienia, na podstawie 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 oraz Ustawy o ochronie danych osobowych.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Porozumienia, a podstawą prawną ich przetwarzania jest wyrażona przeze mnie zgoda, zawarta umowa Porozumienia. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Fundację, aby zawrzeć umowę i wypełnić jej warunki
7. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu przez okres niezbędny do realizacji celów statutowych Fundacji oraz Programu (PPCh).
8. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że mam prawo: w każdym czasie cofnąć wyrażoną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w każdym czasie żądać od Fundacji dostępu do treści przetwarzanych danych, żądać sprostowania przetwarzanych danych, żądać od Fundacji ograniczenia przetwarzania danych, żądać całkowitego usunięcia przekazanych Fundacji moich danych osobowych, wnieść sprzeciwu wobec celu przetwarzania moich danych osobowych, otrzymać w jednym dokumencie wszystkie zgromadzone, dotyczące mnie dane osobowe oraz żądać ich przekazania bezpośrednio przez Fundację innemu podmiotowi, w przypadku naruszenia przez Fundację przepisów regulujących przetwarzanie danych osobowych, wnieść do Urzędu Ochrony Danych Osobowych stosownej skargi.

9. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Porozumieniem w Sprawie Przystąpienia do Programu Pomocy Chorym umieszczonym na stronie internetowej, w pełni je rozumiem oraz akceptuję zawarte w nich zasady.
10. Oświadczam, że jestem osobą chorą/niepełnosprawną/inne , dla potwierdzenia załączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające mój stan zdrowia. Równocześnie zobowiązuję się do przesłania zaświadczenia drogą pocztową w przypadku wystosowania takiego wezwania przez Fundację.

.....

**Fundacja**

.....

**Odbiorca wpłat celowych**

podpis Odbiorcy wpłat celowych/Przedstawiciela ustawowego/ (1)

(1) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Porozumienia w Sprawie Przystąpienia do Programu Pomocy Chorym zawartej we Wrocławiu w dniu .....r.

Wrocław, .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem niepełnosprawny/a lub chory/a na .....

Celem wykazania powyższego, załączam do oświadczenia odpowiednie zaświadczenie lekarskie/ kopię wypisu ze szpitala z rozpoznaniem ICD10.

.....  
(czytelny podpis)

Odbiorcy wpłat celowych /Przedstawiciela ustawowego/ (1)

(1) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do Porozumienia w Sprawie Przystąpienia do Programu Pomocy Chorym (PPCH) zawartego we Wrocławiu w dniu .....r.

**Fundacja –Pomóż Walczyć o Życie  
ul.M.Hłaski 35/6  
54-608 Wrocław**

Imię i Nazwisko Odbiorcy wpłat celowych:.....

Adres zamieszkania Odbiorcy wpłat celowych:.....

**Podanie o pomoc finansową dotyczącą poniesionych kosztów związanych  
z  
chorobą/niepelnosprawnością/inne.....  
.....**

Na podstawie możliwości wynikającej z § 7 pkt d Statutu Fundacji proszę o zwrot kosztów poniesionych przeze mnie w związku z chorobą na poniższy rachunek bankowy.

Jednocześnie oświadczam, że jestem właścicielem wskazanego rachunku bankowego:

Nazwa banku: numer konta.....

Wykaz poniesionych kosztów:

Suma:

Jako załącznik do podania przesyłam oryginały rachunków/faktur.

Pomoc finansowa związana z powyższymi wydatkami byłaby dla mnie znaczącym wsparciem, ponieważ\*

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data i podpis Odbiorcy wpłat celowych/Przedstawiciela ustawowego/ (1)

\* Prosimy o krótkie uzasadnienie (np. związane z sytuacją finansową, życiową, socjalną, wskazaniem lekarskimi, niepełnosprawnością, bezrobociem, przewyciężaniem trudnych sytuacji życiowych)

(1) niepotrzebne skreślić