



POROZUMIENIE W SPRAWIE PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU GROMADZENIA ŚRODKÓW NA LECZENIE I REHABILITACJĘ SM

Realizując cele statutowe wynikające z § 6 Statutu Fundacji uruchamia się Program Gromadzenia Środków na leczenie i rehabilitację stwardnienia rozsianego (zwany dalej Programem). Celem programu jest umożliwienie podopiecznym Fundacji gromadzenia środków pochodzących z darowizn i wpłat 1% podatku dochodowego od osób fizycznych z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń w ramach pomocy społecznej z zakresu terapii stwardnienia rozsianego oraz chorób towarzyszących.

§ 1

Miejscem właściwym do obsługi Programu jest siedziba Fundacji.

§ 2

1. W ramach porozumienia Odbiorca wpłat celowych ma prawo gromadzenia środków na rachunku bankowym o nr **95 1140 1140 0000 2133 5400 1001** należącym do Fundacji.
2. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem na Program gromadzenia środków na leczenie i rehabilitację SM zgodnie z zasadami korzystania zawartymi w dokumencie „Wskazówki dotyczące Programu Gromadzenia środków na leczenie i rehabilitację”, stanowiącym integralną część niniejszego 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 rejestr wpłat i wypłat dla każdego Odbiorcy wpłat celowych.
2. W ramach porozumienia Odbiorca wpłat celowych ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określają „Wskazówki dotyczące Programu Gromadzenia środków na leczenie i rehabilitację SM”
3. Maksymalny koszt zakupów nie może przekroczyć środków zarejestrowanych dla danego Odbiorcy wpłat celowych
4. Odbiorca wpłat celowych jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przedstawienie Fundacji oryginałów rachunków lub faktur wystawionych na:
Dobro Powraca – fundacja na rzecz Chorych na stwardnienie rozsiane
ul. Hłaski 34/12,
54-608 Wrocław
NIP: 894-29-86-057

Imię i nazwisko podopiecznego

lub faktur/rachunków wystawionych na siebie wraz z podaniem o zwrot kosztów. Wzór podania zamieszczony jest na stronie internetowej Fundacji.

5. Podanie o zwrot kosztów wraz z fakturami /rachunkami (oryginał lub kopia) wystawionymi na siebie, Odbiorca wpłat celowych zobowiązany jest wysłać do Fundacji drogą pocztową. W przypadku przedstawienia wraz z podaniem o zwrot kosztów kopii rachunków/faktur Odbiorca wpłat celowych zobowiązany jest do przechowywania oryginałów i przedłożenia ich na każdorazowe wezwanie fundacji.
6. Zwrot kosztów na podstawie faktur/rachunków wystawionych na osoby fizyczne i podania możliwy jest w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia faktury/rachunku.
7. Rachunek lub faktura, o których mowa w ust. 4 (wystawione na fundację) muszą zostać dostarczone do siedziby Fundacji w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od dnia wystawienia rachunku/faktury.
8. Na podstawie otrzymanych rachunków lub faktur, o których mowa w ust. 4 Fundacja dokonuje opłaty za dokonany zakup.
9. 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.
10. W przypadku nieotrzymania przedmiotu zakupu mimo jego opłacenia przez Fundację Odbiorca wpłat celowych zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie Fundację.
11. Wszelkie opłaty wykonywane są bezgotówkowo.
12. Nie ma możliwości przekazania gotówki przez Fundację Odbiorcy wpłat celowych.
13. Aby fundacja mogła zarejestrować wpłatę do rejestru Odbiorcy wpłat celowych wpłaty dokonywane przez darczyńców w tytule przelewu oraz odpisy 1% podatku w celu szczegółowym powinny być opisane: **Imię i Nazwisko** odbiorcy wpłat celowych.
14. Jeżeli wpłata 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 podopiecznego w systemie miesięcznym

§ 5

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 nie wywiązania się przez drugą Stronę z 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

4. Bez względu na przyczyny ustania obowiązywania niniejszego Porozumienia niewykorzystane środki finansowe nie są zwracane Odbiorcy wpłat celowych lub jego rodzinie.
5. Środki pozostałe na koncie po rozwiązaniu porozumienia pozostają w gestii Fundacji i zostają wydatkowane na cele statutowe.

§ 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 konta fundacji i nr KRS w prasie i mediach elektronicznych.
2. Zapewnienie prawidłowości i zgodności z przepisami prawa prowadzenia akcji wymienionych w ust. 1 leży po stronie odbiorcy wpłat celowych.

§ 10

Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest zaakceptowany przez Odbiorcę wpłat celowych dokument „Wskazówki dotyczące Programu Gromadzenia środków na leczenie i rehabilitację”, który zawiera Wykaz świadczeń możliwych do sfinansowania przez fundację

§ 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 koncie. 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 „Wskazówek dotyczących gromadzenia środków na leczenie i rehabilitację”, o których mowa w § 10 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 „Wskazówkami dotyczącymi Leczenia i Rehabilitacji Stwardnienia Rozsianego”, jak też do konsultowania z kompetentnymi lekarzami sposobu i zakresu prowadzonej zgodnie z tymi Wskazówkami terapii. Fundacja nie jest odpowiedzialna za prawidłowość leczenia odbiorcy wpłat celowych.

§ 12

Porozumienie wchodzi w życie z dniem odesłania przez Fundację maila potwierdzającego pozytywne rozpatrzenie wniosku.

§ 13

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 ust. 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 ust. 3. Po upływie 10 - dniowego terminu uznaje się, że Odbiorca wpłat celowych zaakceptował proponowane przez Fundację zmiany

§ 14

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. Aby fundacja mogła zarejestrować wpłatę do rejestru Odbiorcy wpłat celowych w takim przypadku wpłaty dokonywane przez darczyńców w tytule przelewu oraz odpisy 1% 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 oraz cyfra oraz podany będzie musiał być adres zamieszkania.**

§ 15

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 realizowanym przez Fundację.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że Administratorem danych osobowych osób uczestniczących w Programie jest „Dobro powraca” Fundacja na rzecz chorych na

stwardnienie rozsiane z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Hłaski 34/12, 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: 0000338878, NIP: 8942986057, REGON: 02108559500000, kontakt: fundacja@dobropowraca.pl;

4. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu jedynie w celach statutowych Fundacji (w tym informowanie mnie o projektach realizowanych w Fundacji), 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.
5. 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.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu przez okres niezbędny do realizacji celów statutowych Fundacji oraz Programu.
7. 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.
8. Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że fundacja zawarła umowy w zakresie powierzenia przetwarzania moich danych z biurem rachunkowym oraz w celu obsługi systemów informatycznych
9. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Porozumieniem w sprawie przystąpienia do PGŚnLiRSM oraz Wskazówkami Programu Gromadzenia Środków na Leczenie i Rehabilitację Stwardnienia Rozsianego umieszczonymi na stronie internetowej, w pełni je rozumiem oraz akceptuję zawarte w nich zasady.
10. Oświadczam, że jestem osobą chorą na stwardnienie rozsiane, dla potwierdzenia załączam zaświadczenie lekarskie potwierdzające mój stan zdrowia. Równocześnie zobowiązuję się do przesłania zaświadczenia drogą pocztową w przypadku wystosowania takiego wezwania przez Fundację.