Załącznik nr 3

do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie

„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023

**UMOWA NR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**o użyczenie sprzętu oraz świadczenie usług teleopiekuńczych**

**w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II” na rok 2023**

zawarta dnia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2023 r. w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pomiędzy

**NAZWA**

Miastem Józefów z siedzibą przy ul. Kardynała Wyszyńskiego 1, 05-20 Józefów, NIP 5320016896, REGON 013268729 w imieniu i na rzecz którego działa Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Józefowie z siedzibą przy ul. Sosnowej 17 C, 05-420 Józefów, reprezentowany przez Ingę de Abgaro Zachariasiewicz – p.o. Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Józefowie, na podstawie Zarządzenia nr 128/2023 z dnia 29 czerwca 2023 r., wydanego przez Burmistrza Miasta Józefowa, w sprawie pełnomocnictwa dla p.o. Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Józefowie, przy kontrasygnacie Głównego Księgowego – Lucyny Ćwiek

zwanym w dalszej części Umowy **UŻYCZAJĄCYM**;

a

**PANEM/PANIĄ**

zamieszkałym/ą w \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_-\_\_\_\_) przy ul. \_\_\_\_\_\_

nr domu nr mieszkania , posiadającym numer PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwanym/ą w dalszej części Umowy **ODBIORCĄ WSPARCIA**

zwanymi łącznie w dalszej części Umowy **Stronami**, a każda z osobna **Stroną.**

W związku z zakwalifikowaniem **ODBIORCY WSPARCIA** do udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów – Moduł II”, którego realizatorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Józefowie, zwanego dalej „**Programem**”, Strony zgodnie postanawiają zawrzeć Umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest użyczenie urządzenia, tj. opaski monitorującej stan zdrowia, tzw. opaski bezpieczeństwa (dalej „Opaska”) o numerze:

**IMEI ; model: Sidly Care PRO**,

wyposażonej w gniazdo na kartę SIM wraz z ładowarką sieciową, gwarancją i oryginalnym opakowaniem oraz bezpłatne świadczenie usługi teleopieki („Usługa teleopieki”) na rzecz **ODBIORCY WSPARCIA**.

1. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność **UŻYCZAJĄCEGO**.

**§ 2**

**ODBIORCA WSPARCIA** oświadcza, że:

1. nie występują żadne przeszkody techniczne, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie Usługi teleopieki,
2. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych / zdrowotnych do korzystania przez niego z Usługi teleopieki,
3. wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Programu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
4. zapoznał się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie ich zapisy oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

**§ 3**

Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. do 31 grudnia 2023 r.

**§ 4**

Przekazanie Opaski **ODBIORCY WSPARCIA** przez wskazanego przedstawiciela zostanie potwierdzone Oświadczeniem, którego wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej Umowy.

**§ 5**

1. W celu prawidłowej realizacji Umowy **ODBIORCA WSPARCIA** zobowiązuje się do dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia niniejszej Umowy Oświadczenia osoby (przedstawiciela ustawowego) wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki o obowiązku zwrotu Opaski w przypadku śmierci **ODBIORCY WSPARCIA** lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 2** do niniejszej Umowy.
2. **ODBIORCA WSPARCIA** zobowiązuje się do:
3. korzystania z Opaski w sposób zgodny z przeznaczeniem, dbania o stan fizyczny powierzonej Opaski i utrzymania jej w stanie technicznym, jaki prezentuje w dniu jego wydania,
4. nie usuwania/nie wyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Opasce. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z urządzenia pozbawia go możliwości kontaktu z Centrum Teleopieki, a w konsekwencji możliwości uzyskania pomocy,
5. niewykorzystywania urządzenia do wykonywania połączeń z Centrum Teleopieki w sytuacjach niewymagających natychmiastowej pomocy, jak również nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia i życia **ODBIORCY WSPARCIA**.
6. W przypadku utraty lub uszkodzenia Opaski, **ODBIORCA WSPARCIA** ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie wskazanego przedstawiciela **Użyczającego**.
7. Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Opaski, winę ponosi **ODBIORCA WSPARCIA**, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu.
8. W przypadku zawinionego całkowitego zniszczenia lub utraty urządzenia **ODBIORCA WSPARCIA** zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia.
9. **ODBIORCA WSPARCIA** nie ponosi odpowiedzialności za użytkowaną opaskę monitorującą stan zdrowia uszkodzoną w następstwie siły wyższej, zdarzeń zewnętrznych niemożliwe do przewidzenia lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą sprzętu.
10. **ODBIORCA WSPARCIA** zobowiązuje się do nie przekazywania Opaski osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.
11. **Odbiorca wsparcia** przyjmuje do wiadomości, że świadczenie Usługi teleopieki odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**§ 6**

1. Korzystanie z Usługi teleopieki jest dobrowolne.
2. Odpowiedzialność **UŻYCZAJĄCEGO** z tytułu nieprawidłowego i niezgodnego z przeznaczeniem korzystania z Opaski jest wyłączona.
3. **UŻYCZAJĄCY** nie ponosi odpowiedzialności:
4. za korzystanie z Opaski w sposób niezgodny z przeznaczeniem,
5. z tytułu uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu wynikającego z nieprawidłowego użytkowania Opaski,
6. w przypadku odłączenia Opaski z przyczyn leżących po stronie **ODBIORCY WSPARCIA** lub samodzielnego wyłączenia przez **ODBIORCĘ WSPARCIA** Opaski lub rozładowania Opaski w czasie świadczenia usługi,
7. w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez **ODBIORCĘ WSPARCIA**,
8. korzystania z Opaski przez inną osobę niż **ODBIORCA WSPARCIA**.
9. **UŻYCZAJĄCY** nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

**§ 7**

1. Umowa może zostać wypowiedziana w każdym momencie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone   
   w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
3. upływu okresu jej obowiązywania,
4. przerwania uczestnictwa w Programie w związku ze zmianą zamieszkania **ODBIORCY WSPARCIA**,
5. objęcia **ODBIORCY WSPARCIA** stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
6. zgonu **ODBIORCY WSPARCIA**,
7. rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego Centrum Teleopieki w ramach Programu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II”.
8. Umowa może zostać rozwiązana przez **UŻYCZAJĄCEGO** w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
9. naruszenie przez **ODBIORCĘ WSPARCIA** postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Programu,
10. trwałego uszkodzenia Opaski z winy **ODBIORCY WSPARCIA**.
11. Po zakończeniu okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, **ODBIORCA WSPARCIA** zobowiązany jest zwrócić **UŻYCZAJĄCEMU** Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką sieciową w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
12. W przypadku zgonu **ODBIORCY WSPARCIA** lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski przez **ODBIORCĘ WSPARCIA** (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Opaski zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez **ODBIORCĘ WSPARCIA** do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki (przedstawiciel ustawowy).
13. **Użyczający** oświadcza, iż zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe **ODBIORCY WSPARCIA** oraz osób wskazanych zgodnie z postanowieniami umowy, regulaminu oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (dalej: RODO) a także z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.
14. **ODBIORCA WSPARCIA** oświadcza, iż ma świadomość, że jego dane osobowe zostaną udostępnienie, w celu przygotowania i realizacji usługi podmiotowi SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00‑020 Warszawa, który po udostępnieniu danych osobowych przez Użyczającego staje się odrębnym administratorem danych osobowych uczestników oraz osób wskazanych w rozumieniu przepisów art. 4 pkt. 7 RODO.

**§ 8**

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. **Użyczający** zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji postanowień niniejszej Umowy w miejscu zamieszkania **Odbiorcy wsparcia**.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
4. Osobami do kontaktu z **Odbiorcą wsparcia** w trakcie realizacji Umowy są wyznaczeni pracownicy: tel. kontaktowy: .

**UŻYCZAJĄCY: ODBIORCA WSPARCIA:**

Załączniki:

Załącznik Nr 1 do umowy – Oświadczenie ODBIORCY WSPARCIA.

Załącznik Nr 2 do umowy – Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki/przedstawiciela ustawowego.

Załącznik nr 1 do Umowy

,\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2023 r.

*miejscowość, data*

**ODBIORCA WSPARCIA:**

**Imię i nazwisko:**

**Adres zamieszkania:**

**Numer pesel lub numer dowodu osobistego:**

**Numer telefonu:**

**OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA**

Niniejszym oświadczam, że jako **ODBIORCA WSPARCIA** odebrałem Urządzenie, tj. opaskę bezpieczeństwa Sidly Care PRO z systemem teleopieki, przekazaną mi w ramach Programu **„Korpus Wsparcia Seniorów”** na 2023 rok.

Zobowiązuje się do zwrotu Urządzenia w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od zakończenia Programu, tj. 31 grudnia 2023 r. lub w wyniku wezwania do zwrotu przez Użyczającego (np. ze względu na niewłaściwe użytkowanie). W przypadku uszkodzenia opaski, zobowiązuję się powiadomić o tym w przeciągu 3 dni Użyczającego oraz dział serwisowy Sidly Sp. z o.o.

Informuję, że zostałem zapoznany z instrukcją obsługi Urządzenia.

Czytelny podpis ODBIORCY WSPARCIA

Załącznik nr 2 do Umowy

,\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2023 r.

*miejscowość, data*

**Osoba wskazana do kontaktu:**

**Imię i nazwisko:**

**Adres zamieszkania:**

**numer dowodu osobistego:**

**Numer telefonu:**

**Dotyczy Uczestnika:**

**Imię i nazwisko:**

**OŚWIADCZENIE**

**osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w przypadku zgonu Odbiorcy wsparcia lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej ze względu na stan jego zdrowia (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuję się zwrócić Użyczającemu ww. Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla Osoby wyznaczonej do kontaktu przez Odbiorcę wsparcia.

Czytelny podpis osoby wskazanej do kontaktu

KLAUZULA INFORMACYJNA

Osoby wyznaczone do kontaktu przez odbiorcę wsparcia

**Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Józefowie (05-420), przy ul. Sosnowej 17c. Można się z nami skontaktować:

* listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres,
* telefonicznie, pod nr. telefonu: 22 789 53 93,
* mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [kontakt@mopsjozefow.com](mailto:kontakt@mopsjozefow.com).

**Inspektor Ochrony Danych**

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych z którym można się skontaktować:

* listownie, przesyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem „IOD”),
* mailowo, przesyłając korespondencję na adres: [iod@rprotection.com.pl](mailto:iod@rprotection.com.pl).

**Źródło danych**

Pana/Pani dane osobowe w zakresie (imię, nazwisko, nr telefonu, powiązanie, dodatkowe informacje) uzyskaliśmy od odbiorcy wsparcie, który wskazała Pana/Panią jako osobę upoważnioną.

**Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

* realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO, w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - archiwizacja dokumentów,
* wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym (zapewnienie właściwej opieki odbiorcom wsparcia), w związku z realizacją programu „Korpus Wsparcia Seniorów”, wynikającego z ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., zgodnie z art. 6 ust 1 lit e RODO.

**Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być: kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń, podmiot realizujący usługę teleopieki oraz podmioty współpracujące z nami, w związku ze świadczeniem usług:

* hostingowych,
* informatycznych, w tym dostawcy usług i oprogramowania,
* podmioty świadczące dla nas usługi w ramach prowadzenia działań z zakresu pomocy społecznej.

**Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres

* niezbędny do realizacji celów, a po tym czasie przez okres od 10 lat (po zakończeniu udziału w programie) zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt w oparciu o Ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach)
* do czasu wniesienia skutecznego sprzeciwu.

**Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

* prawo dostępu do treści swoich danych,
* prawo do sprostowania danych,
* prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
* prawo ograniczenia przetwarzania,
* prawo wniesienia sprzeciwu,
* prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.