



**BEZPŁATNE SZKOLENIE W 2018 ROKU DLA POŁOŻNYCH
W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM W DNIU 15 WRZEŚNIA 2018 ROKU W KATOWICACH**

Organizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w ramach projektu pn. Szkolenie dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2018-2020 realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, na podstawie umowy o dofinansowanie projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, edukacja Rozwój 2014-2020, zawartej z Ministrem Zdrowia nr : POWR.05.04.00-00-0117/17-00/260/201 z dnia 29.03.2018 roku.

I.FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Dane uczestnika*

Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL uczestnika	
Płeć	
Dane kontaktowe (województwo, powiat, gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu, numer mieszkania)	
Kraj	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres email	
Rodzaj uczestnika (odpowiednie zakreślić):	<input type="radio"/> Indywidualny <input type="radio"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
Wykształcenie (odpowiednie zakreślić):	<input type="radio"/> Gimnazjalne <input type="radio"/> Niższe niż podstawowe <input type="radio"/> Podstawowe <input type="radio"/> Policealne <input type="radio"/> Ponadgimnazjalne <input type="radio"/> Wyższe
Data rozpoczęcia i zakończenia udziału w projekcie	15.09.2018 – rozpoczęcie; 15.09.2018 - zakończenie
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (odpowiednie zakreślić):	<input type="radio"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy -osoba długotrwale bezrobotna





	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy -inna<input type="radio"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy -osoba długotrwale bezrobotna<input type="radio"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy -inne<input type="radio"/> osoba bierna zawodowo -osoba ucząca się<input type="radio"/> osoba bierna zawodowo -osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu<input type="radio"/> osoba bierna zawodowo -inne<input type="radio"/> osoba pracująca w administracji rządowej<input type="radio"/> osoba pracująca w administracji samorządowej<input type="radio"/> osoba pracująca w MMŚP<input type="radio"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej<input type="radio"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek<input type="radio"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<input type="radio"/> osoba pracująca – inne
Wykonywany zawód -dotyczy osób pracujących: (odpowiednie zakreślić):	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> instruktor praktycznej nauki zawodu<input type="radio"/> nauczyciel kształcenia ogólnego<input type="radio"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego<input type="radio"/> nauczyciel kształcenia zawodowego<input type="radio"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<input type="radio"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej<input type="radio"/> pracownik instytucji rynku pracy<input type="radio"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<input type="radio"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej<input type="radio"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej<input type="radio"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej<input type="radio"/> rolnik<input type="radio"/> inny





Miejsce zatrudnienia:	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (odpowiednie zakreślić):	<ol style="list-style-type: none">1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie3. Osoba z niepełnosprawnościami <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie5. w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> Nie6. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie7. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Odmowa podania informacji

*należy poprawnie i kompletnie wypełnić w celu spełnienia wymogu formalnego uczestnictwa w szkoleniu





Oświadczenia:**

- Oświadczam, iż posiadam ważne prawo wykonywania zawodu położnej.**
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu Szkolenia. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa wyżej i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.**
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na stronach internetowych związanych z projektem oraz w celu dokumentowania realizacji projektu zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.). Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas szkoleń mogą zostać wykorzystane jedynie w celach rozliczeniowych projektu, które zakładają m.in. zamieszczenie ich na ww. stronach internetowych. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem UCK, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku na potrzeby określone w oświadczeniu.**
- Przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem uzyskania zaświadczenia potwierdzającego ukończenie szkolenia jest zdany z wynikiem pozytywnym test sprawdzający wiedzę z zakresu szkolenia. **
- Oświadczam, iż w przypadku rezygnacji ze szkolenia, po otrzymaniu informacji o wpisaniu na listę uczestników, zobowiązany będę, na żądanie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im.prof.K.Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, do zwrotu kosztów szkolenia zgodnie z postanowieniami Regulaminu szkolenia.**
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, że wszystkie dane są zgodne z prawdą. Jednocześnie zobowiązuje się na żądanie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im.prof.K.Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach do okazania w celach kontrolnych kserokopii dokumentów potwierdzających podane kwalifikacje zawodowe.**

** należy zaznaczyć w celu spełnienia wymogu formalnego uczestnictwa w szkoleniu

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA





II. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Szkolenie dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2018-2020 realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej z Ministrem Zdrowia** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,





- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **Szkolenie dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2018-2020 realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej z Ministrem Zdrowia**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowie; 00-952 Warszawa, ulica Miodowa 15**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ulica Ceglana 35, 40-514 Katowice** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – (nie dotyczy) (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie¹:
- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu

¹ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.





Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej **Ministerstwo Zdrowia Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowie; 00-952 Warszawa, ulica Miodowa 15**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ulica Ceglana 35, 40-514 Katowice** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – (nie dotyczy) (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty iod@uck.katowice.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.





III. UMOWA SZKOLENIOWA nr:

bezpłatne szkolenie w 2018 roku dla położnych z Województwa Śląskiego

w ramach projektu pn. Szkolenie dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2018-2020 realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia.

zawarta w dniu

pomiędzy:

Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, z siedzibą: 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35, wpisanym do KRS pod nr 0000049660, NIP 954-22-74-017, REGON 001325767

reprezentowanym przez: **lek.med. Ireneusza Ryszkiela**
zwanym dalej „Realizatorem szkolenia”

a

uczestnikiem wykazany w formularzu zgłoszeniowym powyżej
zwanym dalej „Uczestnikiem”

§1

Umowa dotyczy udziału Uczestnika w szkoleniu finansowanym w ramach projektu pn. Szkolenie dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2018-2020 realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na podstawie umowy o dofinansowanie nr POWR.05.04.00-00-0117/17-00/260/201 z dnia 29.03.2018 r. zawartej z Ministrem Zdrowia zwanym dalej „Szkoleniem”.

§2

1. Uczestnik oświadcza, że:
 - a. zapoznał się z „Regulaminem Szkolenia” (zwanym dalej Regulaminem) i zobowiązuje się przestrzegać jego postanowień,
 - b. spełnia kryteria uczestnictwa opisane w Regulaminie,
 - c. wszystkie dane dotyczące zawarte w formularzu rekrutacyjny są aktualne oraz zobowiązuje się bezzwłocznie informować Realizatora o ich zmianie.
2. Uczestnik oświadcza, iż został poinformowany, iż projekt jest dofinansowany ze środków pochodzących z Unii Europejskiej w tym Europejskiego Funduszu Społecznego i Programu Operacyjnego Wiedza, edukacja Rozwój 2014-2020 oraz ze środków dotacji celowej Ministerstwa Zdrowia.

§3

1. Realizator szkolenia w wykonaniu Umowy zobowiązuje się:
 - a. prowadzić Szkolenia zgodnie z umową o finansowanie projektu;
 - b. przeprowadzić Szkolenia zgodnie z harmonogramem szkoleń,
 - c. zapewnić wykwalifikowaną kadrę szkoleniową realizującą zajęcia merytoryczne,





- d. zapewnić niezbędne materiały szkoleniowe, poczęstunek (zgodnie z zapisami Regulaminu) oraz wyposażenie sal szkoleniowych,
 - e. sporządzić i wydać Uczestnikowi zaświadczenie uczestnictwa w szkoleniu pod warunkiem pozytywnego wyniku testu sprawdzającego wiedzę (powyżej 75% poprawnych odpowiedzi),
 - f. na bieżąco informować o zmianach i zdarzeniach istotnych dla Uczestnika.
2. Realizator szkolenia zastrzega sobie prawo kontaktowania się z Uczestnikiem za pomocą telefonu, e-maila, poczty tradycyjnej oraz kontaktu osobistego.

§4

1. Uczestnik jest zobowiązany do:

- a. obecności w zajęciach zaplanowanych dla szkolenia;
- b. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w odrębnym oświadczeniu).
- c. Podpisania listy obecności na szkoleniu,
- d. potwierdzenia otrzymania materiałów szkoleniowych (skryptów), piśmienniczych (teczka, długopis, notes)
- e. potwierdzenia skorzystania z cateringu;
- f. przestrzegania programu oraz zasad obowiązujących na poszczególnym szkoleniu,
- g. punktualności,
- h. aktualizacji swoich danych wskazanych w Formularzu zgłoszeniowym, w tym zwłaszcza danych kontaktowych,
- i. wypełniania ankiet ewaluacyjnych w czasie trwania projektu,
- j. wypełnienia ankiet na życzenie Ministerstwa Zdrowia w zakresie odbytego szkolenia.
- k. wypełnienia testu sprawdzającego wiedzę z zakresu odbytego szkolenia.

§5

1. Realizator szkolenia może rozwiązać z Uczestnikiem niniejszą umowę bez wypowiedzenia w sytuacji:
 - a. rozwiązania umowy o finansowanie projektu przez Ministerstwo Zdrowia
 - b. w przypadku rezygnacji Uczestnika lub zaprzestanie przez niego uczestniczenia w szkoleniu;
 - c. rażącego działania Uczestnika na szkodę Realizatora lub innych uczestników szkolenia;
2. W przypadku niedostatecznej liczby zgłoszonych osób na szkolenie, Realizator jest uprawniony do odwołania szkolenia lub zmiany terminów zajęć. Realizator zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Uczestnika o jego odwołaniu oraz o nowym terminie szkolenia.

§6

1. W sytuacji związanej ze zdarzeniami losowymi, Uczestnik ma możliwość rezygnacji z udziału w szkoleniu pod warunkiem pisemnego poinformowania Realizatora o tym fakcie wraz z podaniem przyczyn rezygnacji.
2. W przypadku niewypełnienia przez Uczestnika zobowiązań wskazanych w par. 4 niniejszej Umowy, Realizator może obciążyć Uczestnika kosztami udziału w szkoleniu – nie wyższymi jednak niż suma całkowitych kosztów związanych z otrzymanym finansowaniem (w tym w szczególności kosztami poniesionymi przez Realizatora związanymi z zapewnieniem wykładowców, sal, cateringu, przygotowaniem materiałów szkoleniowych i edukacyjnych). Opłata jest wnoszona przez uczestnika w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia złożenia rezygnacji z uczestnictwa lub rozwiązania przez Realizator umowy z Uczestnikiem, na wskazany przez Realizator rachunek bankowy, po pisemnym poinformowaniu Uczestnika o decyzji Realizatora i wysokości kosztów szkolenia .





§7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową stosuje się przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. Wszelkie roszczenia, wynikające z zawarcia niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia właściwym do rozstrzygnięcia sprawy będzie sąd właściwy dla siedziby Realizatora szkolenia.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS REALIZATORA SZKOLENIA

