POROZUMIENIE

zawarte dnia Wypełnia Fundacja _____ r. we Wrocławiu pomiędzy:

Fundacją Moc Pomocy z siedzibą we Wrocławiu 51-354, ul. Litewska 2 lok. 68 zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000769935, zwaną dalej **"Fundacją"**, a

Panem/Panią Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszk. _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon kontaktowy _____ Dodatkowy telefon _____ E-mail do kontaktu _____

występującym/-cą w imieniu:

Imię i nazwisko _____ PESEL _____ Stopień pokrewieństwa _____

zwanym dalej „**Beneficjentem**", o następującej treści:

§1

1. Przedmiotem niniejszego porozumienia jest udostępnienie przez FUNDACJĘ, swojego konta bankowego o numerze **16 10205226 0000 6602 0635 0765** celem gromadzenia środków pieniężnych przeznaczonych na pomoc dla Beneficjenta
2. Subkonto służy Beneficjentowi do gromadzenia środków pieniężnych z wpłat darczyńców.

§2

1. Kwoty wpłacane na konto bankowe, o którym mowa w§ 1 pkt. 1 powinny zawierać dopisek: ***dla (imię i nazwisko Beneficjenta)***
2. Wyłącznie kwoty z dopiskiem kwalifikowane będą jako wpłaty celowe na rzecz Beneficjenta.

§3

1. Fundacja pobiera opłatę manipulacyjną w wysokości:
   a. 10% od wpłat środków pieniężnych dokonywanych bezpośrednio na konto Fundacji o numerze 16 1020 5226 0000 6602 0635 0765 z darowizn otrzymywanych przez Fundację od osób fizycznych i osób prawnych kierowanych bezpośrednio na tego Beneficjenta.
   b. 11% od wpłat środków pieniężnych dokonywanych za pośrednictwem portalu internetowego znajdującego się pod adresem www.mammoc.pl stanowiącego własność Fundacji, zgodnie z regulaminem tego portalu dostępnym na w/w stronie internetowej.
2. Opłata manipulacyjna przeznaczona jest w całości na cele statutowe Fundacji.

§4

Fundacja zobowiązuje się wykonywać indywidualną wolę darczyńców (darowiznę z poleceniem) pod warunkiem jejzgodności z celami statutowymi Fundacji i przepisami prawa.

§5

1. Warunki gromadzenia i wydatkowania środków na subkoncie Beneficjenta określa Regulamin gromadzenia i wydatkowania środków pieniężnych poprzez subkonta beneficjentów (dalej zwany „Regulaminem"), stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia.
2. Beneficjent oświadcza, iż zapoznał się z treścią Regulaminu i akceptuje jego treść.

§6

1. Porozumienie zostało zawarte na czas nieokreślony.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejsze porozumienie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Fundacja może wypowiedzieć niniejsze Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wskazanym w § 10 ust. 1 Regulaminu.

§7

1. Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
2. Wszelkie zmiany niniejszego porozumienia wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Zmiany Regulaminu wprowadzone są do porozumienia na mocy uchwały Zarządu Fundacji.
4. Adres e-mail wskazany przez Beneficjenta w części wstępnej Porozumienia jest adresem kontaktowym i Beneficjent wyraża zgodę, aby wiadomości przekazywane tą drogą były traktowane przez Fundację jako jego oświadczenia woli i zrzeka się wszelkich roszczeń wobec Fundacji, jakie mogłyby wystąpić w związku z nieprawidłowościami powstałymi w wyniku takiej komunikacji, w tym przekazania tą drogą wiadomości przez osobę nieupoważnioną.
5. Wszelkie zmiany adresu kontaktowego wymagają zgłoszenia z adresu e-mail podanego w Porozumieniu lub formy pisemnej.
6. Fundacja zobowiązana jest do poinformowania Beneficjenta na adres e-mail wskazany w części wstępnej o zmianach Regulaminu. Brak odpowiedzi Beneficjenta w terminie 14 dni od otrzymania przedmiotowej informacji traktowany będzie jako wyrażenie zgody na wprowadzone zmiany.
7. W sytuacji, gdy Beneficjent nie wyraża zgody na wprowadzone zmiany, uprawniony jest do wypowiedzenia porozumienia z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia

_____ Podpis reprezentanta Fundacji

_____ Podpis Beneficjenta

Klauzula informacyjna dotycząca danych osobowych

I. Fundacja Moc Pomocy z siedzibą we Wrocławiu informuje, że w związku z obowiązkami wynikającymi z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako „RODO"), podane przez Panią / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Fundację Moc Pomocy z siedzibą we Wrocławiu, ul. Litewska 2 lok 68, 51-354 Wrocław, wpisaną do rejestru przedsiębiorców KRS pod numerem 0000769935 zwana dalej „Fundacja"), która stanie się Administratorem tych danych.

II. Fundacja Moc Pomocy powołała Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Uzyskanie informacji o procesach przetwarzania danych osobowych możliwe jest poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w formie elektronicznej: e-mail iod@fundacjamocpomocy.pl lub pisemnej: Inspektor Ochrony Danych Fundacja Moc Pomocy, ul. Litewska 2 lok 68, 51-354 Wrocław.

III. Podane przez Panią / Pana dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:
a) weryfikacji przesłanych przez Beneficjenta dokumentów celem zawarcia porozumienia (podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. zgoda Beneficjenta oraz art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. działania zmierzające do zawarcia Porozumienia);
b) realizacji Porozumienia zawartego z Fundacją (podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
c) w przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii, a przede wszystkim danych dotyczących stanu zdrowia, podstawą prawną ich przetwarzania jest zgoda Beneficjenta (podstawą prawną przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. a) RODO);
d) realizacji obowiązków prawnych spoczywających na Fundacji (podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO oraz przepisy podatkowa i ustawa o fundacjach);
e) wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Fundację, a mianowicie: ustalenia, zabezpieczenia, obrony i dochodzenia roszczeń (podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO);
f) informowania w mediach o działalności Fundacji z wykorzystaniem wizerunku i danych Beneficjenta na podstawie udzielonej zgody (podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO).

IV. Podane przez Panią / Pana dane osobowe będą przechowywane:
a) w związku z weryfikacją przesłanych do Fundacji dokumentów celem zawarcia Porozumienia – przez okres do 3 miesięcy od dnia wpływu dokumentów na adres Fundacji;
b) w związki z realizacją Porozumienia – przez okres jego trwania;
c) w związku z realizacją obowiązków prawnych wynikających z przepisów podatkowych oraz ustawy o fundacjach – przez okres wskazany w przepisach tych ustaw;
d) w związku z ustaleniem, zabezpieczeniem, obroną i dochodzeniem roszczeń – przez okres przedawnienia ewentualnych roszczeń.

V. Odbiorcą Pani / Pana danych osobowych będą następujące podmioty:
a) dostawcy usług technicznych i organizacyjnych,
b) operatorzy pocztowi oraz firmy kurierskie,
c) banki, w których Fundacja posiada rachunki,
d) podmioty organizujące wydarzenia charytatywne i inne związane z działalnością Fundacji,
e) podmioty organizujące zbiórki pieniężne,
f) partnerzy Fundacji, w tym podmioty świadczące usługi medyczne i dostawcy sprzętu rehabilitacyjnego,
g) a także organy państwowe – w sytuacjach przewidzianych prawem.

VI. Pani / Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

VII. Fundacja informuje, że ma Pani / Pan prawo dostępu do swoich danych, otrzymywani ich kopii, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do przenoszenia danych. Jest Pani / Pan również uprawniony do cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych w każdym czasie, a także do wniesienia skargi w związku z przetwarzaniem danych do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

VIII. Podane przez Panią / Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią informacji zawartych w § 1.

Podpis Beneficjenta

DANE DODATKOWE:

Data urazu/powstania niepełnosprawności: _____

Rodzaj zdarzenia:
☐ Wypadek drogowy ☐ Wypadek w pracy ☐ Wypadek w rolnictwie
☐ Nieszczęśliwy wypadek ☐ Choroba .....
☐ Inny .....

Następstwa urazu:
☐ Śpiączka ☐ Amputacja kończyny górnej
☐ Porażenie czterokończynowe ☐ Amputacja kończyny dolnej
☐ Niedowład kończyn dolnych ☐ Uraz narządów wewnętrznych
☐ Porażenie lewej lub prawej strony ciała ☐ Uraz ortopedyczny
☐ Uraz rdzenia kręgowego ☐ Oparzenia

Miejsce aktualnego pobytu:
☐ Szpital ☐ Ośrodek rehabilitacyjny ☐ ZOL/DPS ☐ Dom

ZGODY DODATKOWE:

I - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych szczególnej kategorii

W przypadku podania danych osobowych szczególnych kategorii w postaci stanu zdrowia, prosimy o wyrażenie zgody na ich przetwarzanie. Podpisanie tej zgody jest konieczne dla rozpatrzenia wniosku oraz podjęcia współpracy z Fundacją.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Moc Pomocy z siedzibą we Wrocławiu, ul. Litewska 2 lok 68, 51- 354 Wrocław, posiadającą KRS o numerze 0000769935, moich danych osobowych o stanie zdrowia, w celu rozpatrzenia wniosku o objęcie pomocą Fundacji.

Podpis Beneficjenta

II - Zgoda na udostępnienie wizerunku na stronie internetowej, w mediach społecznościowych oraz drukowanych ulotkach

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na nieodpłatne i bezterminowe wykorzystanie przez Fundację Moc Pomocy mojego wizerunku w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz obrazu video, poprzez jego utrwalenie i rozpowszechnianie (publikację) na stronie internetowej Fundacji Moc Pomocy oraz na fundacyjnych profilach w mediach społecznościowych dla celów informacyjnych i promocyjnych działalności statutowej Fundacji.
Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, informacji dot. przyczyn, z powodu których potrzebuję wsparcia, w tym informacji dot. stanu mojego zdrowia, sytuacji rodzinnej i finansowej, zainteresowań, a także informacji o udzielonej przez Fundację pomocy na stronie internetowej Fundacji oraz na fundacyjnych profilach w mediach społecznościowych dla celów informacyjnych i promocyjnych działalności statutowej Fundacji. Powyższą zgodę mogą wycofać w dowolnym momencie.

Podpis Beneficjenta

III – Informacja o platformie zbiórkowej fundacji MamMoc.pl

Fundacja Moc Pomocy gromadzi środki pieniężne dla Beneficjentów Fundacji Moc Pomocy również za pośrednictwem platformy internetowej, znajdującej się pod adresem www.mammoc.pl.

Wyrażam zgodę na założenie zbiórki pieniężnej organizowanej za pośrednictwem w/w platformy, której właścicielem jest Fundacja Moc Pomocy. Wyrażenie niniejszej zgody oznacza akceptację regulaminu i polityki prywatności w/w platformy, znajdujący się pod link iem https://www.mammoc.pl/regulamin-platformy oraz https://www.mammoc.pl/polityka-prywatnosci

Podpis Beneficjenta

IV - Zgoda na przekazanie danych do podmiotów współpracujących w celu udzielenia wsparcia dla Beneficjenta

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych kontaktowych (numer telefonu, adres poczty elektronicznej, adres zamieszkania) oraz danych dotyczących stanu zdrowia, następującym podmiotom:

a) **Rehacompleks**, ul. Litewska 2 lok. 68, 51-354 Wrocław NIP 899-238-95-47, w celu zarządzania procesem rehabilitacji oraz sporządzenia oferty produktów sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego:
☐ Tak / ☐ Nie

b) **Partnerom** współpracującym z Fundacją w celu sporządzenia oferty udzielenia świadczeń medycznych, w tym rehabilitacji oraz w celu sporządzenia oferty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego. Przed udostępnieniem danych, dane Partnera zostaną Beneficjentowi przedstawione w formie ustnej lub pisemnej:
☐ Tak / ☐ Nie

Podpis Beneficjenta

V Upoważnienie.

1. Beneficjent oświadcza, iż upoważnia do działania w zakresie określonym w niniejszym porozumieniu w swoim imieniu następujące osoby :

Imię i Nazwisko _____ PESEL _____

Numer i seria dowodu osobistego _____ Stopień pokrewieństwa _____

Imię i Nazwisko _____ PESEL _____

Numer i seria dowodu osobistego _____ Stopień pokrewieństwa _____

Imię i Nazwisko _____ PESEL _____

Numer i seria dowodu osobistego _____ Stopień pokrewieństwa _____

Przedmiotowe upoważnienie, rozciąga się na możliwość decydowania o bieżącym przeznaczeniu środków znajdujących się na subkoncie beneficjenta prowadzonym przez Fundacje, udzieleniu zgody na prowadzenie dedykowanych zbiórek i akcji charytatywnych na rzecz Beneficjenta, dostarczenie i udostępnienie przekazanej przez beneficjenta dokumentacji medycznej oraz udzielenie informacji o przebiegu leczenia i rehabilitacji beneficjanta w tym jego stanu zdrowia. Jednocześnie do podejmowania decyzji w zakresie prowadzenia zbiórek i działalności Fundacji na rzecz beneficjenta, które traktowane będą przez Fundacje jako zlecone i zaakceptowane przez osobę udzielającą niniejszego upoważnienia.

Podpis Beneficjenta

UWAGA

- Poprawnie wypełnione i podpisane dwa egzemplarze Porozumienia należy wysłać pocztą na adres korespondencyjny Fundacji Moc Pomocy: Skrytka pocztowa 2244, Urząd Pocztowy Wrocław 10, ul. B. Krzywoustego 325, 51-311 Wrocław

- Skan karty informacyjnej z leczenia szpitalnego należy przesłać na adres mailowy Fundacji: biuro@fundacjamocpomocy.pl

- W razie pytań prosimy o kontakt 733 558 400/ 733 558 100