



Załącznik nr 11 do Konkursu na pełnienie funkcji
koordynatora wojewódzkiego Poltransplantu

UMOWA **KW/..../1/2022/DG**

zawarta w dniu:

Stronami umowy są:

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" z siedzibą w 02-001 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 87, NIP 526-17-37-736; REGON 012146065 reprezentowanym przez Dyrektora dr. hab. n. med. Artura Kamińskiego, zwanego dalej „Zleceniodawcą” lub „Poltransplantem”

oraz **Panem/Panią**

.....
prowadzący/a działalność gospodarczą pod nazwą

/w przypadku umowy zawieranej z osobą prowadzącą działalność/
.....

z siedzibą w.....

wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji O Działalności Gospodarczej;

NIP.....REGON.....

zwany/a dalej „**Wykonawcą**”,

łącznie nazywani „**Stronami**”.

Strony ustalają, co następuje:

1. Umowa obowiązywać będzie **od 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku.**
2. Poltransplant zleca, a Wykonawca przyjmuje do wykonania zadania szczegółowo określone w załączniku nr 1 do niniejszej umowy, które świadczone będą w REGIONIE /wykaz szpitali wchodzących w skład Regionu został wymieniony w załączniku nr 2/, realizowane i finansowane ze środków publicznych w ramach programu wieloletniego na lata 2011 - 2022 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.

3. Za wykonanie przedmiotu umowy Wykonawca otrzyma środki publiczne stanowiące wynagrodzenie brutto określone w załączniku nr 3.
4. Wykonawca złoży w siedzibie Poltransplantu w czasie obowiązywania umowy dokumenty, które stanowią podstawę przekazania środków publicznych:
 - a) faktury za dany okres rozliczeniowy,
 - b) miesięczne sprawozdanie z podjętych w regionie działań za dany miesiąc /wzór sprawozdania określony został w załączniku nr 4 do niniejszej umowy/ w terminie do 5 dnia następnego miesiąca za okres rozliczeniowy, z tym że dokumenty za grudzień 2022 r. Wykonawca złoży w terminie do dnia 15 grudnia 2022 r. /raport za miesiąc grudzień i fakturę/ z zastrzeżeniem ust. 7/.
5. Do reprezentowania Zamawiającego w sprawach związanych z realizacją przedmiotu umowy, nadzorem nad prawidłowym wykonaniem przedmiotu umowy upoważniona (-ny) jest:
....., **tel.:**, **faks:**, **e-mail:**
6. Poltransplant przekaze Wykonawcy środki publiczne z tytułu realizacji umowy za dany okres rozliczeniowy w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia przez Poltransplant, pod względem merytorycznym i finansowym, dokumentów, o których mowa w ust. 4. Warunkiem przekazania środków publicznych jest prawidłowe wykonanie zadań, określonych w ust. 2, potwierdzone złożeniem przez Wykonawcę prawidłowo sporządzonych i zgodnych ze stanem faktycznym dokumentów, o których mowa w ust. 4.
7. Z uwagi na zasady finansowania usług objętych niniejszą umową ze środków publicznych w ramach programu wieloletniego na lata 2011 - 2022 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”,
 - a) niedostarczenie do Poltransplantu przez Wykonawcę dokumentów określonych w ust. 4 w terminie do dnia 15 grudnia 2022 r. lub
 - b) wyczerpanie środków przyznanych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację usług objętych umową, zwalnia Poltransplant z obowiązku zapłaty wynagrodzenia Wykonawcy z tytułu niniejszej umowy, na co Wykonawca wyraża zgodę. W takim przypadku Wykonawcy nie przysługują żadne świadczenia odszkodowawcze.
8. O terminowym dostarczeniu (złożeniu) przez Wykonawcę dokumentów, o których mowa w ust. 4 decyduje data wpływu do siedziby Poltransplantu.
9. Wykonawca oświadcza, że posiada kwalifikacje, wiedzę, doświadczenie, środki, urządzenia i narzędzia niezbędne do należytego wykonania przedmiotu umowy i zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy z należytą starannością zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, a także zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i doświadczeniem, obowiązującymi przepisami oraz istniejącymi w tym zakresie normami.

10. Wykonawca jest zobowiązany do osobistego wykonania zleconych zadań, a wynagrodzenie będzie wypłacane wyłącznie koordynatorowi zgodnie ze stanem faktycznym. Tym samym osoba trzecia nie może otrzymać przysługującego Wykonawcy wynagrodzenia.
11. Wykonawca zobowiązuje się również do zachowania tajemnicy zawodowej i nie rozpowszechniana jakichkolwiek informacji dotyczących Poltransplantu, do których będzie miał dostęp z tytułu wykonywania zadań, tak w czasie trwania umowy, jak i po jej ustaniu.
12. Każdej ze Stron przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem jedno miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca lub ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień przez drugą Stronę. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
13. Wszystkie załączniki do umowy stanowią integralną część umowy.
14. Wszelkie kwestie nieuregulowane w niniejszej umowie podlegają przepisom prawa polskiego, w tym ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1405) oraz Kodeksu cywilnego.
15. Strony niniejszej umowy będą dążyć do polubownego rozwiązywania wszelkich ewentualnych sporów z niej wynikających. W przypadku braku możliwości polubownego rozstrzygnięcia sporu właściwy będzie sąd siedziby Poltransplantu.
16. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Strony dopuszczają dokonywanie bieżących zmian merytorycznych w załączniku nr 2 w przypadku np. zmiany nazwy lub adresu podmiotu leczniczego bez konieczności stosowania formy pisemnej /zmiany administracyjne w powierzonym regionie/.
17. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
18. Poltransplant upoważnia Wykonawcę do wystawienia faktur bez podpisu odbiorcy dopuszcza przekazywanie w formie elektronicznej.

POLTRANSPLANT

WYKONAWCA



POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Załącznik nr 1 do umowy nr.....
zawartej w dniu.....

Zadania wojewódzkiego koordynatora Poltransplantu.

Zadania wojewódzkiego koordynatora Poltransplantu określone są przez Dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant i wpisują się w:

- treść ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów;
- treść zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2010 r., z późn. zm. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;
- treść rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców;
- zadania Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011 – 2022.

Zadania wojewódzkiego koordynatora Poltransplantu stanowią część realizowanego przez Poltransplant na poziomie krajowym, regionalnym i szpitalnym systemu jakości pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, we współpracy z podmiotami leczniczymi, jednostkami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi.

Do zadań wojewódzkiego koordynatora Poltransplantu należą w szczególności:

1. Aktywizacja szpitali, w tym szpitali pediatrycznych w działaniach zmierzających do pełnego wykorzystania potencjału dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych m.in. poprzez:
 - pomoc merytoryczna w budowę szpitalnych systemów jakości dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych;
 - inicjowanie, organizacja i uczestnictwo w spotkaniach szpitalnych z udziałem m.in. kluczowego dla dawstwa personelu szpitala (dyrekcja, szpitalny koordynator pobierania narządów i tkanek, kierownicy oddziałów intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii), konsultantów wojewódzkich w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz anestezjologii i intensywnej terapii);
 - planowanie i współorganizacja szkoleń szpitalnych typu ETPOD w szpitalach w regionie;
 - udział w monitorowaniu szpitalnego potencjału dawstwa (quality improvement program) i weryfikacja tej aktywności w narzędziu sieciowym www.koordinator.net.
2. Stała współpraca z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w kluczowych dziedzinach dla dawstwa narządów (transplantologia kliniczna, anestezjologii i intensywna terapia, neurologia i neurologia dziecięca, neurochirurgia) w celu identyfikacji przeszkód w rozwoju

dawstwa od zmarłych w szpitalach regionu, analizy wykorzystania potencjału dawstwa i określaniu działań naprawczych.

3. Budowa sieci i stałe wsparcie dla szpitalnych koordynatorów pobierania narządów i tkanek w regionie m.in. poprzez:
 - nadzór i wsparcie merytoryczne nad pracą koordynatorów szpitalnych w regionie;
 - pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów zgłaszanych przez szpitale z potencjałem dawstwa (np. pomoc systemowa w organizacji badań, pomoc w uzyskaniu dostępu do rejestrów, pomoc w zakresie rozliczeń finansowych pobrań, zabezpieczenie dostępu do narzędzi sieciowego www.rejestr.tx.gov.pl);
 - organizację szkoleń i warsztatów tematycznych dla koordynatorów np. w centrach symulacji medycznych, szkoleń regionalnych i wewnątrzszpitalnych;
 - opracowanie informatora dla koordynatorów szpitalnych z danymi teleadresowymi i innymi technicznymi informacjami niezbędnymi do prowadzenia koordynacji;
 - zgłaszanie propozycji przebudowy i rozbudowy sieci koordynatorów szpitalnych w regionie;
4. Promocja programu „System dawstwa nerek do przeszczepienia od żywych dawców”.
5. Podejmowanie działań zmierzających do wprowadzenia do praktyki programu pobrań od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia (dawcy DCD) w regionie.
6. Stała współpraca z koordynatorami pobierania i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych.
7. Działalność promująca medycynę transplantacyjną i dawstwo narządów i tkanek oraz działalność edukacyjna w regionie mająca na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów m.in. poprzez:
 - promowanie wyrażania swojej woli wśród członków rodziny na temat dawstwa wśród społeczności lokalnej w regionie;
 - udostępnianie materiałów informacyjnych w podmiotach leczniczych na terenie regionu;
 - udział i organizację wydarzeń promujących dawstwo: pikniki, koncerty, zawody sportowe;
 - inicjowanie spotkań z władzami lokalnymi, władzami założycielskimi szpitali, oraz z przedstawicielami kościoła i mediów w regionie.
8. Odbywanie szkoleń dla osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek i narządów oraz na bezpieczeństwo dawców i biorców przeszczepów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców;
9. Przygotowywanie comiesięcznych raportów dotyczących aktywności i działań na rzecz aktywacji szpitali i poszczególnych koordynatorów szpitalnych (donacyjnych) oraz przeprowadzonych akcji promocyjnych i edukacyjnych do Poltransplantu.

10. Zgłaszanie i realizacja nowych i innowacyjnych działań w zakresie aktywacji szpitali i zwiększenia wykorzystania potencjału dawstwa (po uprzednim uzgodnieniu z dyrekcją Poltransplantu).

Powyższe zadania akceptuję.

Imię i nazwisko koordynatora wojewódzkiego:

Obszar działalności:

Data i podpis.....



Załącznik nr 2 do umowy nr.....
zawartej w dniu.....

Załącznik nr 1 do Konkursu na pełnienie funkcji
koordynatora wojewódzkiego Poltransplantu

REGION

	WOJEWÓDZTWO	NAZWA SZPITALA	ADRES	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ
1	DOLNOŚLĄSKIE	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWCU	ul. JELENIOGÓRSKA 4	59-700	BOLESŁAWIEC
2	DOLNOŚLĄSKIE	"GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ul. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 15	67-200	GŁOGÓW
3	DOLNOŚLĄSKIE	WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ	ul. MICHAŁA KLEOFASA OGIŃSKIEGO 6	58-506	JELENIA GÓRA
4	DOLNOŚLĄSKIE	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY	ul. BOHATERÓW GETTA 10	58-506	KAMIENNA GÓRA
5	DOLNOŚLĄSKIE	"ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ" W KŁODZKU	ul. SZPITALNA 1A	57-300	KŁODZKO
6	DOLNOŚLĄSKIE	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY	ul. JAROSŁAWA IWASZKIEWICZA 5	59-220	LEGNICA
7	DOLNOŚLĄSKIE	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE W LUBANIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ul. ZAWIDOWSKA 4	59-800	LUBAŃ
8	DOLNOŚLĄSKIE	REGIONALNE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ul. GEN. JÓZEFA BEMA 5-6	59-300	LUBIN
9	DOLNOŚLĄSKIE	"MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA" S.A. W LUBINIE	ul. MARII SKŁODOWSKIEJ- CURIE 66	59-301	LUBIN

10	DOLNOŚLĄSKIE	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.	ul. GUSTAWA MORCINKA 7	59-600	LWÓWEK ŚLĄSKI
11	DOLNOŚLĄSKIE	MILICKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	ul. GRZYBOWA 1	56-300	MILICZ
12	DOLNOŚLĄSKIE	POWIATOWY ZESPÓŁ SZPITALI	ul. ARMII KRAJOWEJ 1	56-400	OLEŚNICA
13	DOLNOŚLĄSKIE	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE	ul. KRZYSZTOFA KAMILA BACZYŃSKIEGO 1	55-200	OŁAWA
14	DOLNOŚLĄSKIE	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA	ul. JANA PAWŁA II 2	57-320	POLANICA-ZDRÓJ
15	DOLNOŚLĄSKIE	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY	ul. LEŚNA 27-29	58-100	ŚWIDNICA
16	DOLNOŚLĄSKIE	SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY	ul. PRUSICKA 53/55	55-100	TRZEBNICA
17	DOLNOŚLĄSKIE	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	ul. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO 4	58-309	WAŁBRZYCH
18	DOLNOŚLĄSKIE	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH WE WROCŁAWIU	ul. OŁBIŃSKA 32	50-233	WROCŁAW
19	DOLNOŚLĄSKIE	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU	ul. RUDOLFA WEIGLA 5	50-981	WROCŁAW
20	DOLNOŚLĄSKIE	DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ	ul. GEN. AUGUSTA EMILA FIELDORFA 2	54-049	WROCŁAW
21	DOLNOŚLĄSKIE	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 WE WROCŁAWIU	ul. MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ 58	50-369	WROCŁAW

22	DOLNOŚLĄSKIE	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO	ul. KOSZAROWA 5	51-149	WROCŁAW
23	DOLNOŚLĄSKIE	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA- RADECKIEGO WE WROCŁAWIU	ul. BOROWSKA 213	50-556	WROCŁAW
24	DOLNOŚLĄSKIE	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	ul. HENRYKA MICHAŁA KAMIEŃSKIEGO 73A	51-124	WROCŁAW- PSIE POLE
25	DOLNOŚLĄSKIE	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU	ul. LUBAŃSKA 11-12	59-900	ZGORZELEC
26	OPOLSKIE	BRZESKIE CENTRUM MEDYCZNE	ul. SERGIUSZA MOSSORA 1	49-301	BRZEG
27	OPOLSKIE	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NYSIE	ul. BOHATERÓW WARSZAWY 34	48-300	NYSA
28	OPOLSKIE	SZPITAL WOJEWÓDZKI W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ul. AUGUSTYNA KOŚNEGO 53	45-372	OPOLE
29	OPOLSKIE	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OPOLU	ALEJA WINCENTEGO WITOSA 26	45-401	OPOLE
30	OPOLSKIE	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU	ul. KRAKOWSKA 44	45-075	OPOLE
31	OPOLSKIE	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘDZIERZYNIE-KOŻŁU	ul. 24 KWIETNIA 5	47-200	KĘDZIERZYN- KOŻŁE
32	OPOLSKIE	SZPITAL POWIATOWY IM. PRAŁATA J. GŁOWACKIEGO W STRZELCACH OPOLSKICH	ul. OPOLSKA 36A	47-100	STRZELCE OPOLSKIE
33	OPOLSKIE	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE	ul. KLONOWA 1	46-300	OLEŚNO



POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Załącznik nr 3 do umowy nr.....
zawartej w dniu.....

Warunki wynagrodzenia koordynatora wojewódzkiego Poltransplantu:

1. Wynagrodzenie będzie obejmowało pełne wynagrodzenie brutto za 1 miesiąc kalendarzowy pracy, kwota ta zawierać będzie również ryczałtowy zwrot poniesionych kosztów:
 - a. Stała kwota wynagrodzenia **7000 zł** miesięcznie (słownie: sześć tysięcy złotych brutto);
 - b. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia będzie **comiesięczne** przesłanie wykazu podjętych działań w **nieprzekraczalnym** terenie do dnia 5 - go następnego miesiąca, weryfikacja sprawozdania nastąpi do dnia 15 – go.
2. Wynagrodzenie będzie przelewane na wskazane konto bankowe w terminie 14 dni po merytorycznej akceptacji po okresie za który zostało przesłane sprawozdanie.
3. Wynagrodzenie będzie wypłacane wyłącznie jednemu koordynatorowi zgodnie zawartą umową.

Powyższe warunki akceptuję.

Imię i nazwisko koordynatora wojewódzkiego:

Obszar działalności:

Data i podpis.....



POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Załącznik nr 4 do umowy nr.....
zawartej w dniu.....

Sprawozdanie z działalności koordynatora wojewódzkiego Poltransplantu

Obszar działania.....

Za miesiąc.....roku.....

I.p.	Obszar działań	Podjęte działania	Rezultaty działań
1	Aktywizacja szpitali, w tym szpitali pediatrycznych w działaniach zmierzających do pełnego wykorzystania potencjału dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych		
2	Stąła współpraca z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w kluczowych dziedzinach dla dawstwa narządów (transplantologia kliniczna, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologia i neurologia dziecięca, neurochirurgia) w celu identyfikacji przeszkód w rozwoju dawstwa od zmarłych w szpitalach regionu, analizy wykorzystania potencjału dawstwa i określaniu działań naprawczych		
3	Budowa sieci i stałe wsparcie dla szpitalnych koordynatorów pobierania narządów i tkanek w regionie		
4	Promocja programu „System dawstwa nerek do przeszczepienia od żywych dawców”.		
5	Wprowadzenie do praktyki programu pobrań od dawców po nieodwracalnym		

	zatrzymaniu krążenia (dawcy DCD) w regionie		
6	Stała współpraca z koordynatorami pobierani i przeszczepiania narządów w ośrodkach transplantacyjnych		
7	Działalność promująca medycynę transplantacyjną i dawstwo oraz edukacyjnej w regionie mającej na celu upowszechnianie leczenia metodą przeszczepiania komórek, tkanek i narządów		
8	Odbycie szkoleń dla osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek i narządów oraz na bezpieczeństwo dawców i biorców przeszczepów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców		
9	Podjęte działania na rzecz aktywacji szpitali i poszczególnych koordynatorów szpitalnych (donacyjnych)		
10	Zgłaszanie i wdrażanie nowych i innowacyjnych działań w zakresie aktywacji szpitali i zwiększenia wykorzystania potencjału dawstwa		

Dodatkowe uwagi:

Data i podpis koordynatora



POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Załącznik nr 5 do umowy nr.....

zawartej w dniu.....

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Dane zleceniobiorcy potrzebne do przygotowania zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, rozliczenia z Urzędem Skarbowym

1	Imię i Nazwisko	
2	Drugie imię	
3	Nazwisko rodowe	
4	Imię Ojca i Matki	
5	Data i miejsce urodzenia	
6	Pesel	
7	Urząd Skarbowy	
8	Adres urzędu skarbowego	
9	Seria i numer dowodu, obywatelstwo	
10	Informacja o uprawnieniu do pobierania emerytury lub renty	
11	Czy jest orzeczony stopień niezdolności do pracy / niepełnosprawności	
12	Nazwa oddziału NFZ	
13	Działalność gospodarcza TAK / NIE (jeśli TAK – nazwa i oświadczenie do podpisu)	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przedmiot nr umowy nie należy do zakresu działalności gospodarczej prowadzonej przeze mnie pod nazwą i nie będę rozliczał niniejszej umowy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Data i podpis:

14	Miejsce zatrudnienia (pierwszy pracodawca, u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne –emerytalne -rentowe – nazwa, adres)	<p style="text-align: center;">OŚWIADCZENIE</p> <p>Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe) z tytułu stosunku pracy u ww. pracodawcy w przeliczeniu na miesiąc wynosi co najmniej / powyżej kwotę/y minimalnego wynagrodzenia za pracę w roku 2022, tj. 3010 zł brutto.</p> <p style="text-align: right;">Data i podpis:</p>
15	Czy zleceniobiorca jest studentem do 26-go roku życia	
16	Adres zameldowania: - województwo, gmina - kod pocztowy, miejscowość - ulica, nr domu, nr lokalu	
17	Adres zamieszkania: - województwo, gmina - kod pocztowy, miejscowość - ulica, nr domu, nr lokalu	
18	telefon	
19	e-mail	
20	Nazwa banku	
21	Nr konta bankowego	

Data.....

Czytelny podpis.....

(pieczęć Zakładu Pracy)

Załącznik nr 6 do umowy nr.....

zawartej w dniu.....

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani.....

zameldowany(a).....

PESEL

jest zatrudniony(a) w

.....

na podstawie:

- UMOWY O PRACĘ

na czas nieokreślony/określony od dniado dnia

Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zawartej w/w umowy odprowadzane są od kwoty:

- równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę miesięcznie
(tj. 3010 brutto w roku 2022).

- UMOWY ZLECENIE

na czas nieokreślony/określony od dnia do dnia.....

Składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zawartej w/w umowy odprowadzane są od kwoty:

- równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę miesięcznie
(tj. 3010 brutto w roku 2022).

.....

Pieczęć i podpis Pracodawcy

(lub osoby upoważnionej)