

POROZUMIENIE O WYKONYWANIU ŚWIADCZEŃ WOLONTARYSTYCZNYCH¹ w Centrum Promocji Zdrowia w Tarasce

zawarte w dniu _____ w Tarasce pomiędzy:

Fundacją Art of Living Polska z siedzibą w Warszawie, pod adresem: 00-195 Warszawa, ul. Słomińskiego 19/55, NIP: 1070009797, KRS: 0000290797,

reprezentowaną przez:

Andrzeja Drzała – Dyrektora Centrum Promocji Zdrowia w Tarasce, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa,

zwaną dalej **Korzystającym**,

a

p. _____, legitymującą/ym się dowodem osobistym nr _____
PESEL _____, zamieszkałą/ym _____

zwaną/ym dalej **Wolontariuszem**,

łącznie zwanymi **Stronami**.

Wstęp

Korzystający oświadcza, że jest podmiotem na rzecz którego zgodnie z art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2003 nr 96, poz. 873 ze zm.) mogą być wykonywane świadczenia przez wolontariuszy.

Wolontariusz oświadcza, że posiada kwalifikacje i spełnia wymagania niezbędne do wykonywania powierzonych niżej czynności

Mając na względzie ideę wolontariatu, u podstaw której stoi dobrowolne, bezpłatne wykonywanie czynności, a także biorąc pod uwagę charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń **Strony** porozumienia uzgadniają, co następuje:

§ 1

1. Miejscem wykonywania usług wolontarystycznych jest należący do Fundacji ośrodek – Centrum Promocji Zdrowia, Taraska 19A, 26-337 Aleksandrów.
2. **Korzystający** powierza wykonywanie **Wolontariuszowi**, a **Wolontariusz** dobrowolnie podejmuje się wykonania na rzecz **Korzystającego** pracy polegającej na:

_____.

3. Czynności, o których mowa wyżej będą wykonywane zgodnie z zaleceniami i pod nadzorem

_____.

§ 2

1. **Strony** uzgadniają, że czynności określone w § 1 będą wykonywane w okresie od _____ do _____.

§ 3

Z uwagi na charakter i ideę wolontariatu:

1. **Wolontariusz** jest obowiązany wykonywać uzgodnione świadczenia osobiście,
2. **Wolontariusz** za swoje czynności nie otrzymuje wynagrodzenia.
3. **Wolontariusz** może w każdym czasie domagać się wydania przez **Korzystającego** pisemnego zaświadczenia o wykonaniu świadczeń przez **Wolontariusza**. Zaświadczenie to powinno zawierać informację o zakresie wykonywanych świadczeń.

¹Wzór przygotowany w oparciu o ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz. U. 2003 nr 96, poz. 873).

§ 4

Korzystający zobowiązuje się zapewnić **Wolontariuszowi** nocleg w pokoju wieloosobowym oraz pełne wyżywienie wegetariańskie/wegańskie (trzy posiłki dziennie).

§ 5

Korzystający poinformował **Wolontariusza** o zasadach bezpiecznego i higienicznego wykonywania świadczeń, oraz takie warunki zapewnia.

§ 5

Korzystający dokonuje ubezpieczenia **Wolontariusza** od następstw nieszczęśliwych wypadków zgodnie z Ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz Ustawą z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz. U. nr 199, poz. 1674 ze zm.).

§ 6

W przypadku poważnej choroby lub zagrożenia życia **Wolontariusza**, **Korzystający** skontaktuje się z osobą wskazaną w załączniku nr 1.

§ 7

1. W przypadku podróży służbowych **Korzystający** pokrywa koszty podróży służbowych i diet **Wolontariusza**, na zasadach dotyczących pracowników, określonych w kodeksie pracy.
2. **Wolontariusz** zobowiązany jest przedstawić **Korzystającemu** stosowne rozliczenie kosztów, wraz z dowodami poniesionych wydatków.
3. Zwrot kosztów o których mowa w pkt 1 nastąpi w terminie 10 dni po otrzymaniu od **Wolontariusza** stosownego rozliczenia wraz z dowodami poniesionych wydatków, na konto bankowe wskazane przez **Wolontariusza**, lub gotówką.

§ 8

Wolontariusz zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji, które uzyskał w związku z wykonywaniem świadczeń na rzecz **Korzystającego**, a które stanowią tajemnicę **Korzystającego**. Dotyczy to w szczególności danych osobowych, które zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r., poz. 1000) podlegają szczególnej ochronie.

Wolontariusz zobowiązuje się do niewykorzystywania żadnych informacji, w tym danych osobowych odbiorców programów prowadzonych przez **Korzystającego**, oraz osób pracujących w strukturach, do propagowania lub prowadzenia jakiegokolwiek działalności komercyjnej lub nie komercyjnej, niezgodnej z celami **Korzystającego**.

§ 9

Wymienione w § 7 zobowiązania dotyczą okresu trwania porozumienia jak i czasu po jego wygaśnięciu.

§ 10

Wolontariusz został poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach

§ 11

1. Porozumienie może być rozwiązane przez każdą ze **Stron** za 3 dniowym wypowiedzeniem.
2. Porozumienie może być rozwiązane przez każdą ze **Stron** bez wypowiedzenia z ważnych przyczyn.
3. Za ważne przyczyny **Strony** uznają w szczególności nie wywiązywanie się z dobrowolnie podjętych zobowiązań oraz nieprzestrzeganie Regulaminu świadczeń wolontarystycznych, lub Regulaminu CPZ Taraska.

§ 12

W sprawach nie uregulowanych w Porozumieniu zastosowanie mają przepisy Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz Kodeksu cywilnego.

§ 13

Wszelkie zmiany Porozumienia będą dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 14

Spory wynikłe ze stosowania Porozumienia rozstrzyga Sąd powszechny właściwy dla siedziby **Korzystającego**.

§ 15

Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze **Stron**.

Korzystający

Wolontariusz

verte

załącznik nr 1

Załącznik nr 1
do Porozumienia o wykonywaniu świadczeń wolontarystycznych

OŚWIADCZENIE

Niniejszym upoważniam (imię i nazwisko): _____

nr telefonu: _____

do wszelkich kontaktów z pracownikami służby zdrowia w celu uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i przebiegu leczenia, jak również do dostępu do mojej dokumentacji medycznej, a także do podejmowania decyzji co do prowadzenia leczenia, w przypadku gdybym sam nie mógł takiej decyzji podejmować.

Jednocześnie upoważniam dyrekcję CPZ w Tarasce do nawiązania kontaktu z wymienioną osobą w sytuacji, gdyby uzasadnione to było moim stanem zdrowia.

Miejscowość, data

czytelny podpis