

## POROZUMIENIE W SPRAWIE PRYZYSTĄPIENIA

### DO PROGRAMU LECZENIA, REHABILITACJI I WSPARCIA (PLRiW)

Zawarte dnia ..... r. w Warszawie pomiędzy:

Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego z siedzibą przy ul. Nowolipki 2A, 00-160 Warszawa, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numer 0000083356, REGON 006237795, NIP 526-16-73-344 zwanym dalej „**Stowarzyszeniem**”, reprezentowanym przez:

.....,

a Panem/Panią.....,

legitymującym/ą się dowodem osobistym,

seria: .....numer: .....

zamieszkałym/ą.....,

zwanym dalej „**Odbiorcą wpłat celowych**”.

**Stowarzyszenie** nadaje **Odbiorcy wpłat celowych** indywidualny numer subkonta ..... (wypełnia Stowarzyszenie). **Odbiorca wpłat celowych** chcąc zbierać środki z 1,5% podatku oraz darowizny, zobowiązany jest podawać w „celu szczegółowym” lub/i „tytule wpłat” swoje imię, nazwisko oraz indywidualny numer subkonta.

#### § 1

Miejszem właściwym do obsługi subkont w ramach Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLRiW) jest Biuro Rady Głównej **Stowarzyszenia**, znajdujące się w Warszawie przy ul. Nowolipki 2A zwane dalej „**Biurem**”.

#### § 2

1. W ramach porozumienia na należącym do **Stowarzyszenia** rachunku bankowym o nr 81 1440 1390 0000 0000 1569 1646 gromadzone będą środki przeznaczone na udział **Odbiorcy wpłat**

**celowych** jako osoby chorej na stwardnienie rozsiane i/lub osoby z niepełnosprawnością w Programie Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia prowadzonym przez **Stowarzyszenie**.

2. **Odbiorca wpłat celowych**, zawierając Porozumienie przedstawia oświadczenie o tym, że choruje na stwardnienie rozsiane lub dotknięty jest inną niepełnosprawnością, wraz z potwierdzającym to oświadczenie zaświadczeniem lekarskim.
3. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem na Programie Leczenia Rehabilitacji i Wsparcia zgodnie z zasadami korzystania zawartymi w dokumencie „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” (Wskazówki PLRiW) stanowiącym integralną część niniejszego Porozumienia.

### § 3

1. Stowarzyszenie prowadzi odrębną ewidencję dla każdego **Odbiorcy wpłat celowych**.
2. W ramach Porozumienia **Odbiorca wpłat celowych** ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określają „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” Załącznik nr 1 do tych Wskazówek pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”, stanowiące załącznik do niniejszego Porozumienia.
3. Koszt zakupów nie może przekroczyć środków zaewidencjonowanych na koncie dla danego **odbiorcy wpłat celowych**. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązany jest do wcześniejszego uzgodnienia z PTSR planowanych zakupów, niewymienionych w Załączniku nr 1 do Wskazówek PLRiW lub/i których zakup wymaga zgody pracownika **Stowarzyszenia**. Niespełnienie tego warunku może skutkować odmową finansowania.
4. Opłaty za zakupy dokonywane są wyłącznie w formie przelewu z rachunku bankowego **Stowarzyszenia**, o którym mowa w paragrafie 2, na rachunek bankowy wystawcy faktury/rachunku. Nie ma możliwości przekazywania środków z rachunku bankowego **Stowarzyszenia** bezpośrednio na rachunek **Odbiorcy wpłat celowych** (z zastrzeżeniem § 3 pkt. 9). Wszelkie opłaty wykonywane są bezgotówkowo.
5. Rachunki lub faktury rozumiane są jako dokumenty w formie papierowej lub elektronicznej, zawierające dane wymagane Ustawą o podatku od towarów i usług i przepisami wydanymi na jej podstawie.
6. **Odbiorca wpłat celowych** jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przedstawienie **Stowarzyszeniu** oryginałów rachunków lub faktur wystawionych na: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, ul. Nowolipki 2A, 00-160 Warszawa,

NIP 526-16-73-344. Dokument musi zawierać dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych**.

7. Rachunki lub faktury, o których mowa w pkt. 5 § 3 muszą zostać dostarczone do biura lub należy wysłać je drogą mailową, w nieprzekraczalnym terminie ostatniego dnia miesiąca, w którym został dokonany zakup.
- a) W przypadku rozliczeń za pomocą e-faktur, wskazane jest informowanie **Stowarzyszenia** o planowanym zakupie drogą mailową na adres mam.szanse@ptsr.org.pl, w celu uniknięcia błędu i omyłkowego obciążenia rachunku innego **Odbiorcy wpłat celowych**.
8. Na podstawie otrzymanych oryginałów rachunków lub faktur, o których mowa w pkt. 5 § 3 **Stowarzyszenie** dokonuje opłaty za dokonany zakup.
9. **Odbiorca wpłat celowych** ma możliwość wystąpienia o zwrot, na swoje prywatne konto, kosztów poniesionych za towary i usługi wymienione w Załączniku nr 1 do Wskazówek PLRiW, które uregulował z własnych środków. Zwrotu **Stowarzyszenie** dokonuje na podstawie przesłanych rachunków lub faktur, wystawionych na Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, ul. Nowolipki 2A, 00-160 Warszawa, NIP 526-16-73-344 i zawierających dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych** oraz dołączonej do „Prośby o zwrot kosztów”, która stanowi Załącznik nr 1, do Porozumienia. Dokumenty należy przesać listem tradycyjnym do Biura Rady Głównej PTSR, przy ul. Nowolipki 2A w Warszawie.

#### § 4

Stan zaewidencjonowanych środków za dany miesiąc znajduje się w **Stowarzyszeniu**.

#### § 5

1. Środki zgromadzone na koncie służą – w zakresie określonym Porozumieniem – finansowaniu celów statutowych **Stowarzyszenia** i czynności administracyjnych wykonywanych przez Stowarzyszenie w związku z niniejszym Porozumieniem.
2. Tytułem finansowania kosztów administracyjnych w momencie wpływu na subkonto środków finansowych z subkonta pobierana jest kwota w wysokości 7% od kwoty każdego wpływu. Łącznie pobrana kwota za kolejne 12 miesięcy nie może jednak przekroczyć 600 złotych.
3. Koszty administracyjne pobierane z tytułu prowadzenia subkonta mogą ulec zmianie.

#### § 6

**Odbiorca wpłat celowych** jest zobowiązany do wnoszenia ewentualnych opłat i podatków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

#### § 7

1. Każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku nie wywiązania się przez drugą Stronę z zobowiązań wynikających z Porozumienia, każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym, o czym druga strona winna zostać poinformowana.

#### § 8

1. Bez względu na przyczyny ustania obowiązywania niniejszego Porozumienia, niewykorzystane środki finansowe nie są zwracane **Odbiorcy wpłat celowych** lub jego rodzinie.
2. Środki pozostałe na koncie po rozwiązaniu porozumienia pozostają w gestii **Stowarzyszenia** i zostają wydatkowane na cele statutowe.

#### § 9

1. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się na bieżąco informować **Stowarzyszenie** o wszystkich planowanych akcjach, apelach i zbiórkach pieniężnych dokonywanych publicznie.
2. Zapewnienie prawidłowości i zgodności z przepisami prawa prowadzenia akcji wymienionych w pkt. 1 § 9 leży po stronie **Odbiorcy wpłat celowych**.

#### § 10

Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest podpisany i przyjęty do realizacji przez **Odbiorcę wpłat celowych** dokument pt. „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”.

#### § 11

1. **Stowarzyszenie** nie jest odpowiedzialne za jakąkolwiek szkodę jaką **Odbiorca wpłat celowych** lub osoby trzecie mogą ponieść w związku z wykorzystywaniem przez **Odbiorcę wpłat celowych** środków zgromadzonych na koncie. W szczególności **Stowarzyszenie** nie ponosi odpowiedzialności za realizację i wykonanie zakupów lub/i usług dokonywanych przez

**Odbiorcę wpłat celowych**, jak też jakąkolwiek szkodę majątkową lub też szkodę na osobie mogącą wynikać z stosowania przez **odbiorcę wpłat celowych** „Wskazówek dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” określonych w § 10 Porozumienia.

2. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie wszelkiej pomocy medycznej, która może być konieczna do wykorzystania zgromadzonych przez niego środków zgodnie z „Wskazówkami dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”. **Stowarzyszenie** nie jest odpowiedzialne za prawidłowość leczenia lub/i rehabilitacji **Odbiorcy wpłat celowych**.

## § 12

1. Niniejsze Porozumienie stanowi wzorzec umowy w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
2. W trakcie obowiązywania Porozumienia, **Stowarzyszenie** uprawnione jest do jednostronnej zmiany Porozumienia w zakresie:
  - a) Listy wydatków finansowanych w ramach Porozumienia, określonych we „Wskazówkach dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”, określonych w punktach 3.1-3.3 Porozumienia oraz Załącznika nr 1 do tych „Wskazówek” pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”. Zmiana nastąpić może w przypadku poszerzenia wiedzy medycznej dotyczącej stwardnienia rozsianego dającej podstawę do poszerzenia lub ograniczenia listy elementów finansowanych w ramach Programu lub też pojawienia się nowych potrzeb beneficjentów Programu, których finansowanie uzasadnione jest celami programu.
  - b) Określenia łącznej maksymalnej wysokości kwot pobieranych przez **Stowarzyszenie** na podstawie § 5 pkt. 2 Porozumienia. Zmiana w tym w przypadku może nastąpić, w skutek wzrostu kosztów związanych z prowadzeniem Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia.

## § 13

1. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie przez **Stowarzyszenie** swoich danych osobowych podanych w niniejszym Porozumieniu lub w toku jego realizacji, w tym w szczególności:

- Imienia i nazwiska,
- Numeru telefonu,

- Maila,
- Adresu zamieszkania,
- PESELU,
- Informacji dotyczących stanu zdrowia, w tym schorzeń, na które cierpi, przyjmowanych leków oraz niepełnosprawności.

2. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach informacyjnych – działania i projekty **Stowarzyszenia** oraz informacje dotyczące subkonta, za pomocą poczty elektronicznej, na podany adres e-mail.

#### **§ 14**

Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania, natomiast aktywacja subkonta nastąpi po zaksięgowaniu pierwszej wpłaty celowej.

#### **§ 15**

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

#### **§ 16**

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Porozumieniem zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....

**Za Stowarzyszenie**

.....

**Odbiorca wpłat celowych**