



## **POROZUMIENIE W SPRAWIE PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU SUBKONT JEŚTEŚMY RAZEM**

Realizując cele statutowe wynikające z § 6 Statutu Fundacji uruchamia się Program subkont JeSteśmy RazeM (zwany dalej Programem). Celem programu jest umożliwienie Podopiecznym Fundacji gromadzenia środków pochodzących z darowizn i wpłat 1% podatku dochodowego od osób fizycznych z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń w ramach pomocy społecznej z zakresu terapii stwardnienia rozsianego oraz chorób towarzyszących. **Program subkont jest bezpłatny.**

### **§ 1**

Miejscem właściwym do obsługi Programu jest siedziba Fundacji.

### **§ 2**

1. W ramach porozumienia Odbiorca wpłat celowych (zwany dalej Podopiecznym) ma prawo gromadzenia środków na rachunku bankowym o nr 95 1140 1140 0000 2133 5400 1001 należącym do Fundacji.
2. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem na Program subkont JeSteśmy RazeM zgodnie z zasadami korzystania zawartymi w dokumencie „Ramowe Wskazówki dotyczące Programu Subkont JeSteśmy RazeM”, stanowiącym integralną część niniejszego Porozumienia.
3. Warunkiem przystąpienia do programu jest wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 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.
4. **Z tytułu prowadzenia Programu fundacja nie pobiera żadnych opłat od Podopiecznych.**

### **§ 3**

1. Fundacja prowadzi rejestr wpłat i wypłat dla każdego Podopiecznego.
  2. W ramach porozumienia Podopieczny ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określają „Ramowe Wskazówki dotyczące Programu subkont JeSteśmy RazeM”.
  3. Maksymalny koszt zakupów nie może przekroczyć środków zarejestrowanych dla danego Podopiecznego na jego indywidualnym subkoncie
- SPOSOBY DOKUMENTOWANIA ZAKUPÓW PRZEZ PODOPIECZNYCH**
4. Podopieczny jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przedstawienie Fundacji:



Załącznik do uchwały Zarządu z dnia 22-01-2019

### **SPOSÓB 1**

oryginałów rachunków lub faktur (w tym faktur elektronicznych) bądź skanów faktur papierowych wystawionych na:

Dobro Powraca – fundacja na rzecz Chorych na stwardnienie rozsiane  
ul. Hłaski 34/12,  
54-608 Wrocław  
NIP: 894-29-86-057

Imię i nazwisko podopiecznego  
lub

### **SPOSÓB 2**

kopii faktur/rachunków wystawionych na siebie wraz z podaniem o zwrot kosztów (lub ich skanów). Wzór podania zamieszczony jest na stronie internetowej Fundacji.

5. Rachunek lub faktura, o których mowa w ust. 4 (wystawione na fundację) muszą zostać dostarczone do siedziby Fundacji drogą pocztową w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od dnia wystawienia rachunku/faktury. Faktury elektroniczne oraz skany faktur papierowych mogą być przesłane także drogą mailową. W przypadku przesłania drogą mailową skanu faktury papierowej Podopieczny zobowiązany jest do przechowywania oryginału i przedłożenia go na każdorazowe wezwanie fundacji. Zdjęcia faktur papierowych nie są akceptowane.
6. Na podstawie otrzymanych rachunków lub faktur, o których mowa w ust. 4 Fundacja dokonuje opłaty za dokonany zakup.
7. Podpisane podanie o zwrot kosztów wraz z fakturami /rachunkami (kopia) wystawionymi na siebie, Podopieczny może wysłać do Fundacji drogą pocztową. W przypadku przedstawienia wraz z podaniem o zwrot kosztów kopii rachunków/faktur Podopieczny zobowiązany jest do przechowywania oryginałów i przedłożenia ich na każdorazowe wezwanie fundacji.  
Podpisane podania o zwrot kosztów mogą być wysyłane do Fundacji także drogą mailową w postaci skanów. W takim przypadku Podopieczny zobowiązany jest do przechowywania oryginału i przedłożenia go na każdorazowe wezwanie fundacji. Zdjęcia podań nie są akceptowane.
8. Zwrot kosztów na podstawie faktur/rachunków wystawionych na osoby fizyczne i podania możliwy jest w terminie 12 miesięcy od dnia wystawienia faktury/rachunku na konto bankowe wskazane w podaniu przez Podopiecznego.
9. Na wezwanie fundacji Podopieczny ma obowiązek przedstawić zalecenie lekarza/rehabilitanta do przyjmowania danego leku/suplementu/potrzeb rehabilitacyjnych/itp lub potwierdzającą ten fakt receptę/skierowanie lub zaświadczenie. Na wezwanie fundacji Podopieczny ma obowiązek przedstawić orzeczenie o niepełnosprawności lub inny wskazany przez fundację dokument potrzebny do uzasadnienia zakupu. Niedostarczenie jednego z wymienionych dokumentów pomimo wezwania skierowanego przez Fundację jest równoznaczne z odmową zwrotu kosztów.
10. W przypadku nieotrzymania przedmiotu zakupu mimo jego opłacenia przez Fundację Podopieczny zobowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie Fundację.
11. Wszelkie opłaty wykonywane są bezgotówkowo.
12. Nie ma możliwości przekazania gotówki przez Fundację Podopiecznemu.
13. Aby fundacja mogła zarejestrować wpłatę do rejestru Podopiecznego wpłaty dokonywane przez darczyńców w tytule przelewu oraz odpisy 1% podatku w celu szczegółowym powinny być opisane: Imię i Nazwisko Podopiecznego.



14. Jeżeli wpłata nie zawiera wymaganego poprawnego opisu, środki pieniężne zarejestrowane zostaną na koncie ogólnym fundacji z przeznaczeniem na realizację celów statutowych.

#### **§ 4**

Stan zarejestrowanych środków za dany miesiąc znajduje się w Fundacji. Fundacja przekazuje informacje o stanie zarejestrowanych środków drogą mailową dla każdego Podopiecznego w systemie miesięcznym.

#### **§ 5**

Odsetki ze środków zebranych na koncie stanowią przychód Fundacji.

#### **§ 6**

Podopieczny jest zobowiązany do ponoszenia ewentualnych opłat i podatków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

#### **§ 7**

1. Każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym w przypadku niewywiązania się przez drugą Stronę z zobowiązań wynikających z Porozumienia.
3. Oświadczenia stron w przedmiocie rozwiązania niniejszego porozumienia przekazywane są drogą mailową, odpowiednio na adres e-mail Fundacji lub na adres e-mail Podopiecznego wskazany podczas rejestracji.

#### **§ 8**

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



### **§ 9**

1. Podopieczny zobowiązany jest udostępniać numer KRS i nazwę Fundacji wyłącznie w celu przeprowadzania apeli w sprawie zbiórek na swoje subkonto. Przy udostępnianiu danych fundacji Podopieczny zobowiązany jest wskazać rachunek bankowy fundacji do wpłat środków zebranych w trakcie zbiórek.
2. Podopieczny ponosi wszelką odpowiedzialność za przebieg zbiórek, o których mowa w ustępie poprzedzającym oraz wykorzystanie w tym celu danych Fundacji.
3. Fundacja zastrzega sobie prawo do dochodzenia roszczeń przed właściwymi Sądami z tytułu wykorzystania danych Fundacji w sposób niezgodny z niniejszym Porozumieniem.

### **§ 10**

Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest zaakceptowany przez Podopiecznego dokument „Ramowe Wskazówki dotyczące Programu subkont JeSteśmy RazeM”, który zawiera Wykaz świadczeń możliwych do sfinansowania przez fundację wraz ze wskazaniem dokumentów wymaganych do przedstawienia z fakturą/rachunkiem/podaniem o zwrot kosztów.

### **§ 11**

1. Fundacja nie jest odpowiedzialna za jakąkolwiek szkodę, jaką Podopieczny lub osoby trzecie mogą ponieść w związku z wykorzystywaniem przez Podopiecznego środków zgromadzonych na subkoncie. W szczególności Fundacja nie ponosi odpowiedzialności za realizację i wykonanie zakupów dokonywanych przez Podopiecznego, jak też jakąkolwiek szkodę majątkową lub też szkodę na osobie mogącą wynikać ze stosowania przez Podopiecznego „Ramowych Wskazówek dotyczących Programu subkont JeSteśmy RazeM”, o których mowa w § 10 Porozumienia.
2. Podopieczny zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie wszelkiej pomocy medycznej, która może być konieczna do wykorzystania zgromadzonych środków zgodnie z „Ramowymi Wskazówkami dotyczącymi Programu Subkont JeSteśmy RazeM”, jak też do konsultowania z właściwymi specjalistami sposobu i zakresu prowadzonej zgodnie z tymi Wskazówkami terapii. Fundacja nie jest odpowiedzialna za prawidłowość leczenia Podopiecznego.

### **§ 12**

Porozumienie wchodzi w życie z dniem odesłania przez Fundację maila potwierdzającego pozytywne rozpatrzenie wniosku o przystąpienie do programu subkont.

### **§ 13**

1. O wszelkich planowanych przez Fundację zmianach niniejszego Porozumienia Podopieczny informowany jest drogą mailową, na wskazany przez Podopiecznego podczas rejestracji adres e-mail.



Załącznik do uchwały Zarządu z dnia 22-01-2019

2. W razie braku akceptacji zmian, o których mowa w ust. 1 ze strony Podopiecznego może on w terminie 10 dni od dnia otrzymania wiadomości e-mail w tym zakresie rozwiązać niniejsze porozumienie, ze skutkiem natychmiastowym, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3. Po upływie 10 - dniowego terminu uznaje się, że Podopieczny zaakceptował proponowane przez Fundację zmiany

#### § 14

1. Do Programu przyjmowana jest tylko jedna osoba o takim samym imieniu i nazwisku. Imię i nazwisko stanowi unikalny identyfikator pozwalający na przypisywanie wpłat Podopiecznemu.
2. W przypadku, gdy w czasie trwania Porozumienia Podopieczny zmieni nazwisko w ten sposób, że nastąpi utrata unikalności (tzn. dwóch Podopiecznych będzie miało to samo imię i nazwisko), nowy identyfikator zawierać będzie imię, nazwisko oraz odpowiednio cyfrę 2, 3, itd.
3. W celu zarejestrowania wpłaty na rzecz danego Podopiecznego, wpłaty dokonywane przez darczyńców w tytule przelewu oraz odpisy 1% podatku w celu szczegółowym powinny być opisane: Imię i Nazwisko oraz cyfrę Podopiecznego. Wszystkie faktury/rachunki wysyłane przez Podopiecznego muszą być opisane Imieniem i Nazwiskiem, cyfrą oraz adresem zamieszkania.

#### § 15

*Podopieczny przystępując do Porozumienia:*

1. *Wyraża zgodę na przetwarzanie, swoich danych osobowych zawartych w formularzu, zgodnie z brzmieniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 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. W przypadku osób poniżej 13 roku życia, zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać wyrażona jedynie przez przedstawiciela ustawowego małoletniego, co musi zostać potwierdzone odpowiednim dokumentem.*
2. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że przekazanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w Programie realizowanym przez Fundację.*
3. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że Administratorem danych osobowych osób uczestniczących w Programie jest „Dobro powraca” Fundacja na rzecz chorych na stwardnienie rozsiane z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Hłaski 34/12, 54 – 608 Wrocław, wpisana do rejestru stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem: 0000338878, NIP: 8942986057, REGON: 02108559500000, kontakt: fundacja@dobropowraca.pl;*
4. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu jedynie w celach statutowych Fundacji (w tym informowanie mnie o projektach realizowanych w Fundacji), w tym w celu realizacji Porozumienia, na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w*



Załącznik do uchwały Zarządu z dnia 22-01-2019

*sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz Ustawy o ochronie danych osobowych.*

5. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że jego dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Porozumienia a podstawą prawną ich przetwarzania jest wyrażona przeze mnie zgoda, zawarta umowa Porozumienia. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Fundację, aby zawrzeć umowę i wypełnić jej warunki.*
6. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu przez okres niezbędny do realizacji celów statutowych Fundacji oraz Programu.*
7. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że mam prawo: w każdym czasie cofnąć wyrażoną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w każdym czasie żądać od Fundacji dostępu do treści przetwarzanych danych, żądać sprostowania przetwarzanych danych, żądać od Fundacji ograniczenia przetwarzania danych, żądać całkowitego usunięcia przekazanych Fundacji moich danych osobowych, wnieść sprzeciwu wobec celu przetwarzania moich danych osobowych, otrzymać w jednym dokumencie wszystkie zgromadzone, dotyczące mnie dane osobowe oraz żądać ich przekazania bezpośrednio przez Fundację innemu podmiotowi, w przypadku naruszenia przez Fundację przepisów regulujących przetwarzanie danych osobowych, wnieść do Urzędu Ochrony Danych Osobowych stosownej skargi.*
8. *Oświadcza, że został(-a) poinformowany(-a), że fundacja zawarła umowy w zakresie powierzenia przetwarzania moich danych z biurem rachunkowym oraz w celu obsługi systemów informatycznych*
9. *Oświadcza, że zapoznał(-a) się z Porozumieniem w sprawie przystąpienia do Programu oraz Ramowymi Wskazówkami Programu subkont Jesteśmy Razem umieszczonymi na stronie internetowej, w pełni je rozumie oraz akceptuje zawarte w nich zasady.*
10. *Oświadcza, że jest osobą chorą na stwardnienie rozsiane, dla potwierdzenia czego przedstawia Fundacji zaświadczenie lekarskie potwierdzające swój stan zdrowia. Równocześnie zobowiązuje się do przesłania zaświadczenia drogą pocztową w przypadku wystosowania takiego wezwania przez Fundację.*