

Porozumienie o współpracy
przy realizacji projektu pn.: „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego
Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”

zawarte w Warszawie w dniu roku, pomiędzy:

Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher z siedzibą w Warszawie przy ul. Spartańskiej 1, 02-637 Warszawa, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000066382, NIP: 525-001-10-42, Regon: 000288567, reprezentowanym przez: **Brygidę Kwiatkowską, Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych** (na podstawie udzielonego pełnomocnictwa z dnia 29 maja 2018 r.), zwanym dalej również „NIGRiR”

oraz

Fundacją Aktywności Społeczno – Ekonomicznej (FASE) z siedzibą w Warszawie ul. A. Branickiego 14/3, 02-972 Warszawa, wpisaną do rejestru stowarzyszeń prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000682708, NIP: 951-243-97-90, Regon: 367550940, reprezentowaną przez: **Monikę Karlikowską, Prezes Zarządu**, zwaną dalej „Partnerem”
łącznie zwanymi dalej „Partnerami”

a

.....
REGON:..... ,NIP:..... ,KRS:.....

reprezentowanym przez:

.....
zwanym dalej: „Pracodawcą”,

łącznie zwanymi: „Stronami”

o następującej treści:

§ 1.

Przedmiot Porozumienia o współpracy

1. Przedmiotem niniejszego Porozumienia o współpracy jest określenie zasad i warunków na jakich *Strony* będą współpracować w zakresie realizacji *Projektu* pn. „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”, zwanego dalej „*Projektem*”.
2. *Strony* stwierdzają zgodnie, że Porozumienie o współpracy zostaje zawarte w celu realizacji *Projektu*, w tym zwiększenia wykrywalności zapalnych przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób w wieku aktywności zawodowej.
3. Porozumienie o współpracy zostaje zawarte na czas realizacji programu profilaktycznego, ale nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2023 roku.

§ 2.

Oświadczenia Partnerów Projektu

1. *Partnerzy* oświadczają, że na podstawie umowy z dnia 6 maja 2020 r., POWR.05.01.00-00-0025/19-00/1040/2020/131 realizują wspólnie *Projekt* na terenie województwa mazowieckiego i łódzkiego.

2. W ramach *Projektu Partnerzy* zawierają Porozumienia o współpracy z min. 50 (słownie: pięćdziesiąt) *Pracodawcami* z terenu województw: mazowieckiego, łódzkiego.
3. *Partnerzy Projektu* dostarczą *Pracodawcy*, który przystąpi do *Projektu*: elektroniczne kwestionariusze przesiewowe do wypełnienia przez pracowników w celu oceny częstości występowania i rodzaju dolegliwości bólowych kręgosłupa. Na podstawie analizy wyników z kwestionariuszy Pracownicy mogą zostać zakwalifikowani do poszczególnych grup wsparcia w ramach *Projektu*:
 - a) wizyty u lekarza medycyny pracy
 - b) porady edukacyjne uświadamiające o występowaniu, przyczynach i zapobieganiu bólom kręgosłupa
 - c) warsztaty edukacyjno-rehabilitacyjne w miejscu pracy prowadzone przez zatrudnionych przez Partnerów fizjoterapeutów/rehabilitantów
 - d) skierowanie do leczenia w specjalistycznym ośrodku.
4. Do *Projektu* będą włączeni *Pracodawcy* i uczestnicy, spełniający wszystkie kryteria formalne zawarte w regulaminie *Projektu*.
5. *Pracodawca* ani pracownik nie ponoszą odpłatności za uczestnictwo w projekcie.
6. *Partnerzy* oświadczają, że będą dążyć do umożliwienia uczestnictwa wszystkim zainteresowanym.
7. *Partnerzy* oświadczają, że formularze przesiewowe będą dostępne dla wszystkich zainteresowanych pracowników przez cały okres realizacji *Projektu*.
8. W przypadku gdy u *Pracodawcy* minimum 10 osób zostanie zakwalifikowanych do udziału w warsztatach rehabilitacji ruchowej, mogą one zostać przeprowadzone w miejscu pracy. Warsztaty są 4 godzinne. Uczestnicy otrzymają indywidualne zalecenia do stosowania w miejscu pracy i w domu. Po 3 miesiącach zostanie przeprowadzone szkolenie przypominające w celu sprawdzenia poprawności wykonywania ćwiczeń i skorygowania ewentualnych błędów.

§ 3.

Oświadczenia Pracodawcy

1. *Pracodawca* oświadcza, że siedziba jego firmy znajduje się na terenie województwa mazowieckiego lub łódzkiego.
2. *Pracodawca* oświadcza, że zobowiązuje się do współpracy z *Partnerami Projektu* w zakresie swojego udziału w badaniach przesiewowych, realizacji warsztatów rehabilitacyjnych i innych obowiązków.
3. *Pracodawca* oświadcza, że umożliwi swoim pracownikom uczestnictwo w projekcie w godzinach pracy, w tym: wypełnienie kwestionariusza badania przesiewowego, formularza zgłoszeniowego, wizyty u lekarza medycyny pracy, uczestnictwa w 4 – godzinnych a następnie 3-godzinnych warsztatach rehabilitacyjnych. Decyzja o organizacji warsztatów rehabilitacyjnych podejmowana będzie na bieżąco, w oparciu o aktualne zasady bezpieczeństwa i ograniczenia dot. pandemii COVID-19 publikowane na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.

§ 4.

Zasady kwalifikacji uczestnika Projektu

1. Siedziba *Pracodawcy* uczestnika *Projektu* musi znajdować się na terenie województwa mazowieckiego lub łódzkiego a Poradnia Medycyny Pracy, z której usług korzysta *Pracodawca* powinna mieć podpisaną umowę współpracy z *Partnerem Wiodącym*.
2. *Pracownicy* kwalifikujący się do *Projektu* to osoby w wieku aktywności zawodowej (18 lat i więcej) z przewlekłymi bólami kręgosłupa powyżej 3 miesięcy.
3. Uczestnik *Projektu* to osoba zakwalifikowana, która w **którymkolwiek** kwestionariuszu przesiewowym uzyska wynik całkowity min. 4.
4. *Projekt* zakłada uwzględnienie działań równościowych dla kobiet i mężczyzn (K:50% i M:50%).
5. Z uczestnictwa w projekcie **wykluczone są osoby**:
 - po przebytych urazach kręgosłupa,



- u których: została rozpoznana i leczona choroba autoimmunologiczna, w tym pod kątem bólów przewlekłych kręgosłupa,
- u których została rozpoznana i leczona przewlekłe farmakologicznie i/lub operacyjnie choroba kręgosłupa,
- które kiedykolwiek przebyły chorobę nowotworową.

§ 5.

Zobowiązania Partnerów

1. *Partner Wiodący* zobowiązuje się do zrealizowania przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów warsztatów rehabilitacyjnych oraz warsztatów rehabilitacyjnych przypominających dla uczestników, u których zajdzie uzasadniona potrzeba.
2. *Partner Wiodący* w trakcie warsztatów rehabilitacyjnych zapewnia dostęp do wybranego sprzętu pomocniczego w prowadzeniu warsztatów (tj. taśmy, piłki, maty).
3. *Partner Wiodący* zobowiązuje się do udostępnienia *Pracodawcy* kwestionariuszy badania przesiewowego i kwestionariuszy WPAI.
4. *Partner* zobowiązuje się do udostępnienia *Pracodawcy* materiałów edukacyjnych podnoszących świadomość społeczną na temat sposobu ograniczenia czynników ryzyka bólów kręgosłupa oraz zdrowotnych i społecznych skutków choroby. Materiały edukacyjne dla pracowników będą dostępne w formie elektronicznej.

§ 6.

Zobowiązania Pracodawcy przystępującego do Projektu

1. *Pracodawca* zobowiązuje się skierować *Pracowników* zakwalifikowanych do poszczególnych etapów *Projektu*, do udziału w przewidzianych aktywnościach tj. dodatkowe badania diagnostyczne, konsultacje lekarskie, uczestnictwo w warsztatach rehabilitacyjnych, uczestnictwo w warsztatach rehabilitacyjnych przypominających.
2. *Pracodawca* oświadcza, że po udostępnieniu przez *Realizatora* kwestionariusza badania przesiewowego i kwestionariusza WPAI na początku i końcu *Projektu* zobowiązuje się w terminie 7 dniu rozesłać/rozpowszechnić wśród pracowników ww. elektroniczne formularze.

§ 7.

Terminy

1. Terminy oraz dokładna liczba pracowników biorących udział w badaniach przesiewowych zostaną ustalone na bieżąco z kadrą *Projektu*.
2. Terminy oraz dokładna liczba pracowników biorących udział w warsztatach rehabilitacyjnych zostanie wskazana przez *Partnerów* po wcześniejszym ustaleniu z *Pracodawcą*, uwzględniając dostępność specjalistycznej kadry odpowiedzialnej za przeprowadzenie warsztatów.
3. Terminy konsultacji lekarskich oraz badań diagnostycznych będą na bieżąco ustalane z Poradniami Medycyny Pracy.

§ 8.

Dokumentacja

1. Pracownicy, którzy na podstawie wyników badania przesiewowego zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie wezmą udział w przewidzianej dla nich ścieżce po wypełnieniu kwestionariusza osobowego wraz z deklaracją uczestnictwa i indywidualnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w ramach *Projektu*.
2. Każde z udzielanych świadczeń medycznych w ramach *Projektu* pracownik osobiście będzie potwierdzał stosownym oświadczeniem.

§ 9.

Dodatkowe informacje

1. Strony realizują postanowienia Porozumienia o współpracy bez wzajemnych obciążeń finansowych.
2. Nadzór nad prawidłowością realizacji *Projektu* sprawuje Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie.
3. Ze strony *Partnera Wiodącego* osobą do kontaktów w sprawie realizacji *Projektu* jest:
Julia Olkowicz,
tel.: 22 670 91 55,
e-mail: julia.olkowicz@spartanska.pl
4. Ze strony *Partnera* osobą do kontaktów w sprawie realizacji *Projektu* jest:
Monika Karlikowska,
tel.: 693 733 104,
e-mail: monika.karlikowska@fundacjafase.pl
5. Ze strony *Pracodawcy* osobą do kontaktów w sprawie realizacji *Projektu* jest:
.....,
tel.,
e-mail:
6. Strony mogą wykorzystać fakt zawarcia niniejszego Porozumienia o współpracy do promocji i reklamy.

§ 10.

Zmiana porozumienia o współpracy

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia Porozumienia o współpracy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11.

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie spory wynikające z realizacji Porozumienia o współpracy Strony będą starały się rozwiązać w sposób polubowny.
2. Strony nie mogą przenosić na inne podmioty praw i obowiązków wynikających z Porozumienia o współpracy bez uprzedniej zgody drugiej Strony, wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.
3. Strony mogą w każdym czasie wypowiedzieć Porozumienie o współpracy. Oświadczenie o wypowiedzeniu Porozumienia o współpracy powinno mieć formę pisemną pod rygorem nieważności.
4. Porozumienie zostało sporządzone w trzech egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Partner Wiodący

Partner

Pracodawca