**POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY**

**NR ……./2023**

W dniu  **……………………** w ……………..………, pomiędzy …………………………………...…………………,

reprezentowaną przez **………………………………….** zwanym w dalszej części **Korzystającym**,
a
Pan/ią(em) **…………..………………………..…**, PESEL …………………………….., adres zamieszkania:

……………………….………………………………………..… zwaną w dalszej części **Wolontariuszem**,
zostało zawarte porozumienie następującej treści:

1.Korzystający i Wolontariusz zawierają porozumienie o współpracy w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Wolontariusz zobowiązuje się wykonać w ramach porozumienia następujące świadczenia:

 **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

3. Rozpoczęcie wykonania świadczeń strony ustalają na dzień **……………………** a zakończenie do dnia **……………………..**

4. Wykonywana przez Wolontariusza praca będzie wyceniana na podstawie zatwierdzonego czasu pracy w systemie SOW, w sytuacjach niemożliwych do zalogowania się w SOW w/g prowadzonych kart pracy we własnym zakresie ZAWSZE podpisanych przez KOORDYNATORA lub upoważnioną przez niego osobę. Wykonywane świadczenie wym. w pkt. 2 rozliczane zostaje, w następujący sposób:

30,00 zł x ……………… godzin przepracowanych w danym miesiącu

5. Strony zgodnie ustalają, że porozumienie niniejsze obejmuje świadczenie o charakterze wolontariackim , które ma charakter bezpłatny.

6. Korzystający zapewnia wolontariuszowi bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania świadczeń.

7. Wolontariuszowi przysługuje zaopatrzenie (ubezpieczenie) z tytułu wypadku przy wykonywaniu świadczenia wymienionych w pkt 2 Porozumienia, na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

8. Wolontariusz może powierzyć wykonanie zadania innej osobie, lecz w pełni odpowiada za wykonanie porozumienia.

9. Wolontariusz zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji w zakresie wykonywanego porozumienia, a zwłaszcza informacji związanych z sytuacją socjalną i zdrowotną osób, na rzecz których świadczy pomoc

10. W sprawach nie uregulowanych porozumieniem zastosowanie ma kodeks cywilny oraz Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

11. Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | ………………………………………………… |
| PODPIS WOLONTARIUSZA | PODPIS KORZYSTAJĄCEGO |
|  |  |

 **KLAUZULA INFORMACYJNA**

 **na potrzeby wolontariatu**

**Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, Stowarzyszenie „AMAZONEK” i osób z chorobą nowotworową w Zgorzelcu informuje, że:**

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie AMZONEK i osób z chorobą nowotworową w Zgorzelcu;

2.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit b RODO, w celu realizacji wolontariatu;

3.Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą otrzymywać w ramach prowadzenia postępowań organy publiczne – w oparciu o konkretne przepisy prawa, a także inne podmioty – zgodnie z podpisanymi umowami powierzenia im przetwarzania danych osobowych w imieniu Stowarzyszenia AMZONEK i osób z chorobą nowotworową w Zgorzelcu;

4.Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;

5.Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji wolontariatu albo do momentu wycofania zgody;

6.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7.Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa, w pozostałym zakresie jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować odmową podjęcia współpracy przez KORZYSTAJĄCEGO

8.Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania

………………………..

Podpis Wolontariusza