|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POROZUMIENIE O WSPARCIU nr** |  |  |
| zawarte w dniu |  | w Gliwicach pomiędzy: |

**Stowarzyszeniem "Cała Naprzód"**, ul. Zwycięstwa 1/1, 44-100 Gliwice, którego akta rejestrowe przechowuje Sąd Rejonowy w Gliwicach, X wydział KRS, NIP: 6312589810, KRS: 0000328818,

reprezentowanym przez Aleksandrę Sosnę - Prezesa Zarządu

zwanym dalej **Stowarzyszeniem**,

a

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Przedstawiciela Podopiecznego |
|  |
| PESEL |
|  |
| Adres zamieszkania |
|  |
| Adres korespondencyjny |
|  |
| Numer telefonu |
|  |
| E-mail |

oraz

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Przedstawiciela Podopiecznego |
|  |
| PESEL |
|  |
| Adres zamieszkania |
|  |
| Adres korespondencyjny |
|  |
| Numer telefonu |
|  |
| E-mail |

zwanym/i dalej **Przedstawicielem**

działającymi w imieniu i na rzecz

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Podopiecznego |

zwanym dalej **Podopiecznym**.

Stowarzyszenie i Przedstawiciel łącznie zwani są dalej **Stronami**, indywidualnie zaś **Stroną**.

**Wstęp**

Strony zawierając Porozumienie dążą do celu, jakim jest umożliwienie Podopiecznemu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej wynikającej z choroby i/lub niepełnosprawności, której nie jest on w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

**§ 1**

1. Zawarcie niniejszego Porozumienia jest warunkiem objęcia Podopiecznego **Programem pomocowym Stowarzyszenia „Cała Naprzód” stanowiącym integralną część niniejszego Porozumienia (załącznik nr 1)**.
2. Zawierając Porozumienie Przedstawiciel oświadcza, że jego sytuacja materialna nie pozwala na samodzielne sfinansowanie leczenia i/lub rehabilitacji Podopiecznego i/lub innych związanych z tym wydatków.
3. Przedstawiciel zobowiązuje się informować Stowarzyszenie na piśmie, jeżeli jego sytuacja finansowa i/lub sytuacja zdrowotna Podopiecznego ulegnie poprawie.
4. Wykorzystanie otrzymanego wsparcia niezgodnie z jego przeznaczeniem jest podstawą do zwrotu środków na rzecz Stowarzyszenia. W razie stwierdzenia przez Stowarzyszenie wykorzystania środków niezgodnie z przeznaczeniem, Podopieczny zobowiązany jest zwrócić otrzymane środki w ciągu 30 dni od wezwania do tego przez Stowarzyszenie.
5. Stowarzyszenie nie ponosi odpowiedzialności za decyzje Przedstawiciela dotyczące sposobu, miejsca i wyboru metody leczenia Podopiecznego. Przedstawiciel zawierając niniejsze Porozumienie zwalnia Stowarzyszenie z odpowiedzialności w tym przedmiocie i oświadcza, że nie będzie dochodził żadnych roszczeń względem Stowarzyszenia związanych z nienależytą realizacją leczenia.

**§ 2**

1. Na mocy niniejszego Porozumienia Przedstawiciel może korzystać z Konta na rzecz Podopiecznego.
2. Konto należy rozumieć, jako rachunek bankowy Stowarzyszenia umożliwiający gromadzenie środków finansowych na rzecz Podopiecznego i identyfikację wpłat na jego rzecz, tożsamy z głównym rachunkiem bankowym Stowarzyszenia o numerze BNP Paribas S.A. 55 1750 0012 0000 0000 3845 0204.
3. W celu identyfikacji wpłat przekazywanych na rzecz Podopiecznego Strony ustalają, że każdorazowo wpłaty te będą w tytule zawierały słowa:

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Podopiecznego |

1. Strony ustalają, że wszelkie wątpliwości dotyczące wpłat na rzecz Podopiecznego są na podstawie dowodów wpłat.
2. Stowarzyszenie nie pobiera żadnych opłat za wsparcie udzielane w ramach programu pomocowego, ale opłaty te mogą być pobierane np. przez platformy internetowe służące do zbiórki środków, przez instytucje zewnętrzne powiązane z tymi platformami (np. PayU) lub sam bank (np. przewalutowanie darowizny przelanej w walucie innej, niż PLN).
3. Strony zobowiązują się, iż wszelkie środki pieniężne gromadzone na rzecz Podopiecznego w ramach Konta przeznaczane będą na zaspokajanie niezbędnych potrzeb Podopiecznego wynikających z jego sytuacji zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

**§ 3**

1. Dla realizacji niniejszego Porozumienia Przedstawiciel wskazuje następujący rachunek rozliczeniowy prowadzony w polskich złotych:

|  |
| --- |
|  |
| Numer rachunku bankowego |
|  |
| Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego |

1. Szczegółowe zasady gromadzenia i wydatkowanie środków opisane są w Programie pomocowym Stowarzyszenia „Cała Naprzód”.

**§ 4**

1. Strony ustalają poniższe adresy korespondencyjne do wymiany korespondencji (adresy do doręczeń):
* **Stowarzyszenie:**

Nazwa: Stowarzyszenie „Cała Naprzód”

Adres: ul. Szpitalna 8 p. 414 44-190 Knurów

Telefon: +48 502 320 658

E-mail: kontakt@calanaprzod.org

Osoba do kontaktu: Angelika Suchocka

* **Przedstawiciel:**

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko Przedstawiciela |
|  |
| Adres  |
|  |
| Numer telefonu |
|  |
| E-mail |

1. Strony ustalają, iż wszelkie pisma wysłane listem poleconym na adresy wskazane w niniejszej umowie jako adresy do doręczeń, uważa się za doręczone z upływem terminu 14 dni od daty powtórnego zawiadomienia.

**§ 5**

1. Niniejsze Porozumienie zostało zawarte na czas nieokreślony.
2. Wypowiedzenie Porozumienia przez Przedstawiciela może nastąpić w każdej chwili bez podania przyczyny. Porozumienie traci moc z dniem jego wypowiedzenia przez Przedstawiciela. Niewydatkowane środki przeznaczane są na cele statutowe Stowarzyszenia, w tym na pomoc pozostałym Podopiecznym.
3. Wypowiedzenie Porozumienie przez Stowarzyszenie może nastąpić w przypadku:
4. łamania przez Przedstawiciela lub Podopiecznego postanowień Porozumienia,
5. znacznej poprawy sytuacji finansowej i/lub zdrowotnej Podopiecznego,
6. braku kontaktu drogą e-mail, telefoniczną lub listową z Przedstawicielem dłuższego niż 60 dni.
7. Porozumienie traci moc z dniem doręczenia wypowiedzenia do Przedstawiciela, za wyjątkiem wypowiedzenia Porozumienia przez Stowarzyszenie w przypadku łamania przez Przedstawiciela lub Podopiecznego jego postanowień – wówczas Porozumienie traci moc z dniem jego wypowiedzenia przez Stowarzyszenie. Niewydatkowane środki przeznaczane są na cele statutowe Stowarzyszenia, w tym na pomoc pozostałym Podopiecznym.
8. Porozumienie ulega rozwiązaniu z chwilą śmierci Przedstawiciela lub Podopiecznego. Niewydatkowane środki przeznaczane są na cele statutowe Stowarzyszenia, w tym na pomoc pozostałym Podopiecznym. Jednocześnie w przypadku śmierci Przedstawiciela Stowarzyszenie dołoży wszelkich starań, aby – jeżeli będzie to możliwe i dalej potrzebne – kontynuować wsparcie Podopiecznego.

**§ 6**

1. Wszelkie zmiany niniejszego Porozumienia wymagają̨ formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Stowarzyszenie zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian treści Porozumienia i załączników.
3. Brak akceptacji nowej treści załączników może być powodem wypowiedzenia Porozumienia przez obie Strony z zachowaniem przez Przedstawiciela prawa do wykorzystywania środków pieniężnych znajdujących się na Koncie zgodnie z ostatnio zaakceptowanymi załącznikami i przy jednoczesnym braku możliwości dalszego gromadzenia środków na Koncie.

**§ 7**

1. Strony Porozumienia są zobowiązane do wzajemnego informowania się o każdej zmianie swoich danych, w tym zmianie imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, adresu korespondencyjnego, numeru telefony,
e-mail, numeru rachunku bankowego oraz znaczących zmianach związanych z sytuacją finansową i sytuacją zdrowotną Podopiecznego mających wpływ na świadczone przez Stowarzyszenie wsparcie.
2. Zmiany Porozumienia mogą zostać dokonane poprzez aneks do Porozumienia wymieniony pomiędzy Stronami w postaci elektronicznej (skan dokumentu z własnoręcznymi podpisami stron).
3. Wszelkie spory związane z umową będzie rozstrzygał polski sąd powszechny właściwy ze względu na siedzibę Stowarzyszenia.
4. Niniejsze Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron. Wszelkie zmiany Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Wszelkie załączniki do Porozumienia stanowią jego integralną część.
6. Przedstawiciel oświadcza, że zapoznał się z treścią Porozumienia i załączników, rozumie ich treść, akceptuje je i zobowiązuje się do ich przestrzegania i stosowania.
7. Zawierając niniejsze Porozumienie Przedstawiciel akceptuje fakt, że Stowarzyszenie nie ponosi żadnych opłat i kosztów związanych z przekazaniem środków na rzecz Podopiecznego, za wyjątkiem opłat bankowych, zaś wszystkie ewentualne zobowiązania publiczno-prawne, w tym finansowe, związane z zawartą umową obciążają Przedstawiciela.
8. Porozumienie wchodzi w życie z dniem jego podpisania przez obie Strony.
9. Z chwilą wejścia w życie Porozumienia traci moc uprzednio zawarta przez Strony umowa.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis członka Zarządu Stowarzyszenia Podpis Przedstawiciela