

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W SZKOLENIU v.1.1 z dnia 13.01.2019 r.

„Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”

Nr umowy o dofinansowanie POWR.05.02.00-00-0001/19

§1

Postanowienia ogólne

1. Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) w ramach działania 5.2. Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
2. Projekt realizowany jest w okresie od 2019-05-01 do 2021-10-31.
3. Organizatorem Szkoleń jest Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia z siedzibą w Warszawie pod adresem u. Stanisława Dubois 5A, 00-184 Warszawa.
4. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w Szkoleniach o zasięgu ogólnopolskim.
5. Rekrutację osób zainteresowanych uczestnictwem w Szkoleniu przeprowadza Organizator.
6. Udział w szkoleniu jest bezpłatny.

§2

Definicje

1. **Projekt** – rozumie się przez to projekt pozakonkursowy pod nazwą „Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”.
2. **Szkolenie** – rozumie się przez to każde z jednodniowych zajęć w określonych przez Organizatora godzinach, przeprowadzonych dla uczestników szkolenia, których celem jest przekazanie wiedzy pracownikom świadczącym usługi w podmiotach leczniczych.
3. **Uczestnik Szkolenia** lub **Uczestnik** – rozumie się przez to osobę zakwalifikowaną do udziału w Szkoleniu.
4. **Organizator Szkoleń** lub **Organizator** – Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

5. **Szpital** – podmiot leczniczy realizujący świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.
6. **POZ** – podmiot leczniczy realizujący świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
7. **Pracownik** – osoba zatrudniona w Szpitalu/POZ, niezależnie od formy zatrudnienia.
8. **Przedstawiciel Szpitala/POZ** – osoba (lub osoby) uprawniona do reprezentacji Szpitala lub POZ, w szczególności zgodnie z zasadami reprezentacji określonymi w dokumentach statutowych, rejestrach lub umocowanych na podstawie pełnomocnictwa.

§3

Cel projektu

1. Celem Projektu jest poprawa jakości udzielanych przez podmioty lecznicze świadczeń, poprzez wzrost kompetencji oraz wiedzy pracowników podmiotów leczniczych w zakresie tworzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), e-recepty, e-skierowania oraz Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Dla realizacji celu Projektu, Organizator będzie przeprowadzał Szkolenie. Organizator będzie określał tematykę, zakres i program każdego Szkolenia.
2. Uczestnicy Szkoleń będą zapoznani i przeszkoleni z procesów związanych z informatyzacją placówki medycznej oraz zasad wytwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, w szczególności do:
 - a) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 poz. 408);
 - b) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 poz. 1127);
 - c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 poz. 2069);
 - d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2018 poz. 941).
3. Wdrożenie wskazanych rozwiązań niesie liczne korzyści w zakresie podwyższenia jakości pracy z pacjentem, dostępu do dokumentacji medycznej oraz organizacji pracy. Informatyzacja ma pozytywny wpływ na procesy planowania i analizowania zachodzące w podmiocie leczniczym.

§4

Zasady rekrutacji

1. Działania rekrutacyjne prowadzone będą zgodnie z polityką równości szans kobiet i mężczyzn oraz osób z niepełnosprawnościami. „Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020” znaleźć można pod

linkiem:

<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-w-zakresie-realizacji-zasady-rownosci-szans-i-niedyskryminacji-oraz-zasady-rownosci-szans/>.

2. Rekrutacja Uczestników Szkoleń będzie przeprowadzona wśród Pracowników Szpitali oraz Pracowników POZ.

W Szkoleniach Uczestniczyć mogą jedynie Pracownicy Szpitali lub POZ, które w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego, o którym mowa w §5 ust. 1 oraz w chwili udziału w Szkoleniu przez Uczestnika Szkolenia mają zawartą umowę z NFZ odpowiednio w zakresie – leczenia szpitalnego (Szpitale) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

3. Organizator szacuje, że zrekrutowanych zostanie do 21 120 osób, 3 300 podmiotów leczniczych (660 Szpitali oraz 2 640 POZ-ów) na terenie całego kraju.
4. W przypadku Szkoleń dotyczących Pracowników Szpitali przewidziano, że w jednym Szkoleniu Uczestniczyć będzie średnio 20 osób (liczba pracowników z jednego podmiotu), natomiast w przypadku Szkoleń dotyczących Pracowników POZ-ów przewidziano, że w jednym Szkoleniu uczestniczyć będą średnio 24 osoby (w jednym szkoleniu będzie uczestniczyło 8 POZ, po 3 pracowników z każdego podmiotu).
5. Podmiot (Szpital/POZ) może uczestniczyć w szkoleniu tylko raz w ciągu trwania całego projektu.
6. Podmiot POZ jest zobowiązany do zgłoszenia wszystkich pracowników w jednym terminie szkolenia. Nie ma możliwości podzielenia pracowników na kilka terminów szkoleń.
7. W procesie rekrutacji decydować będzie kolejność zgłoszeń.
8. Warunkiem przystąpienia do procesu rekrutacji jest:
 - a) wypełnienie odpowiedniego formularza zgłoszeniowego przez Przedstawiciela danego podmiotu (Szpital/ POZ);
 - b) akceptację wymaganych oświadczeń, w tym:
 - Oświadczenie o posiadaniu aktualnej umowy z NFZ w zakresie odpowiednio – leczenia szpitalnego (Szpitale) lub podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - Oświadczenie o prawdziwości wprowadzonych danych;
 - Oświadczenia Przedstawiciela o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego oraz potwierdzenie uzyskania zgody Uczestników na przetwarzanie ich danych osobowych celem rekrutacji;
 - Oświadczenie potwierdzające, że osoby zgłoszone do uczestnictwa w szkoleniu są pracownikami zatrudnionymi w instytucji którą zgłasza Przedstawiciel Szpitala/POZ;
 - Oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Szkoleniu;
 - c) załączenie pliku listy Uczestników w formacie EXCEL, zawierającej następujące dane: Imię, Nazwisko, PESEL, adres e-mail, numer telefonu (adresy e-mail i nr telefonu uczestników muszą być unikalne);
 - d) załączenie dokumentów potwierdzających umocowanie Przedstawiciela do działania w imieniu Szpitala/POZ, np. pełnomocnictwo, KRS.



§5

Sposób rekrutacji

1. Rekrutacja prowadzona będzie przez dedykowaną platformę rekrutacyjną udostępnioną na stronie internetowej akademiaedm.csioz.gov.pl gdzie zamieszczone zostaną odrębne formularze zgłoszeniowe dla Przedstawicieli Szpitali i POZ-ów.
2. **Przebieg rejestracji Szpitala**
 - a) Przedstawiciel Szpitala po przejściu na podaną stronę internetową wybiera przycisk „Nie masz konta? Zarejestruj się”, wpisuje czternastocyfrowy REGON zakładu (po wpisaniu REGON-u pokazują się podpowiedzi). Po wprowadzeniu danych klika „Zarejestruj”. W przypadku kiedy adres e-mail nie zostanie uzupełniony automatycznie, inny zakład podmiotu posiada taki sam adres, bądź adres jest nieaktualny, należy wpisać go ręcznie.
 - b) Na podany adres e-mail zostanie przesłane potwierdzenie rejestracji konta. Należy kliknąć w link aktywacyjny, przejść do formularza logowania i wpisać nazwę użytkownika (mail podany przy rejestracji) oraz hasło (przesłane w osobnym mailu) i kliknąć „Zaloguj”.
 - c) Nazwa podmiotu, NIP i REGON uzupełnią się automatycznie.
 - d) W polu „Typ Instytucji” należy wybrać jedną z podanych odpowiedzi.
 - e) Następnie należy uzupełnić dane adresowe Szpitala, który rejestrujemy na Szkolenie. Dane uzupełniają się automatycznie. Na osobie rejestrującej podmiot spoczywa obowiązek sprawdzenia czy uzupełnione dane są zgodne i nie wymagają wprowadzenia zmian.
 - f) W następnej kolejności należy wypełnić pole „Imię osoby rejestrującej”, „Nazwisko osoby rejestrującej”, telefon i adres e-mail. Pole „Numer telefonu” i „Adres e-mail” uzupełnią się automatycznie. W przypadku kiedy pola te nie zostaną uzupełnione automatycznie należy wpisać je ręcznie.
 - g) Pole „Rodzaj przyznanego wsparcia” jest uzupełnione automatycznie, szkolenia kierowane są do konkretnej grupy odbiorców.
 - h) Następnie należy zaakceptować wszystkie zasady i warunki uczestnictwa w Szkoleniu.
 - i) W ostatnim kroku należy załączyć dokumenty potwierdzające umocowanie Przedstawiciela do działania w imieniu Szpitala/POZ. W przypadku osoby, która nie jest przedstawicielem podmiotu (np. kierownikiem, dyrektorem) wymagane jest załączenie pełnomocnictwa. W przypadku rejestracji placówki przez osobę umocowaną należy dołączyć KRS i kliknąć „Wyślij zgłoszenie”.
 - j) W przypadku gdy po kliknięciu „Wyślij zgłoszenie” nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia, prawdopodobnie nie wszystkie wymagane pola zostały wypełnione. Pola, które zostały pominięte, a są wymagane, podświetlą się na czerwono. W tej sytuacji należy sprawdzić cały formularz i kliknąć przycisk „Wyślij zgłoszenie” ponownie. Jeżeli w dalszym ciągu nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia należy zgłosić problem z rejestracją na podany w formularzu adres e-mail.

- k) Rekrutacja dla szpitali będzie prowadzona w turach. Kolejne tury będą sukcesywnie uruchamiane, aż do momentu wyczerpania puli wszystkich szkoleń (660). Organizator po zakończeniu każdej tury rejestracji przystąpi do realizacji szkoleń. Planuje się, że pierwsze szkolenia dedykowane pracownikom szpitali zorganizowane zostaną na początku 2020 roku.
- l) Osoba odpowiedzialna za organizację Szkolenia skontaktuje się, za pomocą podanego adresu e-mail i numeru telefonu, z Przedstawicielem Szpitala w celu ustalenia terminu Szkolenia.
- m) Po zatwierdzeniu terminu Szkolenia każdy podmiot zostanie zobowiązany do ponownego zalogowania się na konto założone na platformie rejestracyjnej i za jej pomocą, przesłania listy pracowników, których zgłasza na szkolenie. Wzór listy Uczestników (plik w formacie EXCEL) będzie dostępny do pobrania na platformie rejestracyjnej. Na szkolenie przedstawiciel może zgłosić **max. 20 Pracowników podmiotu**. Zabronione jest modyfikowanie załączonego pliku.
W przypadku, gdy zgłaszana przez Przedstawiciela osoba nie posiada nr PESEL należy pozostawić tą komórkę pustą i podać wyłącznie adres e-mail. Po uzupełnieniu pliku należy go załączyć do formularza i wysłać za pomocą platformy rejestracyjnej.
- n) Następnie każdy wskazany przez osobę rejestrującą Uczestnik Szkolenia otrzyma maila o zgłoszeniu Uczestnictwa w Szkoleniu i będzie zobowiązany do wypełnienia indywidualnego formularza rejestracyjnego zgodnie z ust. 4 poniżej. Należy pamiętać, że adresy e-mail i telefony uczestników muszą być unikalne.
- o) W procesie rekrutacji decydować będzie kolejność zgłoszeń.

3. Przebieg rejestracji POZ

- a) Przedstawiciel POZ po przejściu na podaną stronę internetową wybiera przycisk „Nie masz konta? Zarejestruj się”, wpisuje czternastocyfrowy REGON zakładu (po wpisaniu REGON-u pokazują się podpowiedzi) oraz adres e-mail. Po wprowadzeniu danych klika „Zarejestruj”. W przypadku kiedy adres e-mail nie zostanie uzupełniony automatycznie, inny zakład podmiotu posiada taki sam adres, bądź adres jest nieaktualny, należy wpisać go ręcznie.
- b) Na podany adres e-mail zostanie przesłane potwierdzenie rejestracji konta. Należy kliknąć w link aktywacyjny, przejść do formularza logowania i wpisać nazwę użytkownika (mail podany przy rejestracji) oraz hasło (przesłane w osobnym mailu) i kliknąć „Zaloguj”.
- c) Nazwa podmiotu, NIP i REGON uzupełnią się automatycznie.
- d) W polu „Typ Instytucji” należy wybrać jedną z podanych odpowiedzi.
- e) Następnie należy uzupełnić dane adresowe POZ, który rejestrujemy na Szkolenie. Dane uzupełniają się automatycznie. Na osobie rejestrującej podmiot spoczywa obowiązek sprawdzenia czy uzupełnione dane są zgodne i nie wymagają wprowadzenia zmian.
- f) W następnej kolejności należy wypełnić pole „Imię osoby rejestrującej”, „Nazwisko osoby rejestrującej”, telefon i adres e-mail. Pole „Numer telefonu” i „Adres e-mail” uzupełnią się

- automatycznie. W przypadku kiedy pola te nie zostaną uzupełnione automatycznie należy wpisać je ręcznie.
- g) W kolejnym kroku przy polu „Termin” należy kliknąć w ikonę kalendarza z prawej strony i wybrać jeden z poniżej proponowanych terminów Szkolenia.
 - h) Pole „Rodzaj przyznanego wsparcia” jest uzupełnione automatycznie, szkolenia kierowane są do konkretnej grupy odbiorców.
 - i) Następnie należy zaakceptować wszystkie zasady i warunki Uczestnictwa w Szkoleniu.
 - j) Kolejno należy pobrać wzór listy Uczestników (plik w formacie EXCEL) i uzupełnić. Na szkolenie przedstawiciel może zgłosić **max. 3 pracowników podmiotu**. Zabronione jest modyfikowanie załączonego pliku. W przypadku gdy zgłaszana przez Przedstawiciela osoba nie posiada nr PESEL należy pozostawić tą komórkę pustą i podać wyłącznie adres e-mail. Po uzupełnieniu pliku należy go załączyć do formularza. Należy pamiętać, że adresy e-mail i telefony uczestników muszą być unikalne.
 - k) W ostatnim kroku należy załączyć dokumenty potwierdzające umocowanie Przedstawiciela do działania w imieniu Szpitala/POZ. W przypadku osoby, która nie jest przedstawicielem podmiotu (np. kierownikiem, dyrektorem) wymagane jest załączenie pełnomocnictwa. W przypadku rejestracji placówki przez osobę umocowaną należy dołączyć KRS i kliknąć „Wyślij zgłoszenie”.
 - l) W przypadku gdy po kliknięciu „Wyślij zgłoszenie” nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia, prawdopodobnie nie wszystkie wymagane pola zostały wypełnione. Pola, które zostały pominięte, a są wymagane, podświetla się na czerwono. W tej sytuacji należy sprawdzić cały formularz i kliknąć przycisk „Wyślij zgłoszenie” ponownie. Jeżeli w dalszym ciągu nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia należy zgłosić problem z rejestracją na podany w formularzu adres e-mail.
 - m) Po zweryfikowaniu przez Organizatora zgłoszenia, na podany przy rejestracji adres e-mail zostanie wysłane potwierdzenie rejestracji na Szkolenie w wybranym terminie.
 - n) Po potwierdzeniu terminu Szkolenia, każdy wskazany przez osobę rejestrującą Uczestnik Szkolenia, otrzyma maila o zgłoszeniu Uczestnictwa w Szkoleniu i będzie zobowiązany do wypełnienia indywidualnego formularza rejestracyjnego.
 - o) W procesie rekrutacji decydować będzie kolejność zgłoszeń.

4. Przebieg rejestracji Uczestnika Pracownika Szpitala/POZ-u

- a) W otrzymanym mailu każdy Uczestnik otrzyma link aktywujący konto. Po jego kliknięciu otworzy się strona potwierdzająca aktywację konta. Następnie należy przejść do formularza logowania i zalogować się zgodnie z instrukcją. Loginem jest mail uczestnika podany w pliku „lista uczestników” przez osobę rejestrującą podmiot na Szkolenie, hasło natomiast zostanie przesłane w osobnym mailu.
- b) Dane tj.: PESEL, Imię, Nazwisko, adres mailowy, nazwa instytucji w której zatrudniony jest Uczestnik wypełniają się automatycznie. Uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia pola

- „numer telefonu”, „Płeć”, „Wykształcenie”. W przypadku uczestnika, który nie posiada nr PESEL wyświetli się informacja „Brak numeru PESEL”, uczestnik ten będzie zobowiązany do wypełnienia pola „Wiek”.
- c) W polu „Rodzaj Uczestnika” należy wybrać jedną z podanych odpowiedzi.
 - d) Następnie w przypadku kiedy rejestrujący Uczestnik jest osobą niepełnosprawną może zaznaczyć pole „osoba niepełnosprawna”. W przypadku takiego wskazania Organizator uwzględni w związku ze Szkoleniem szczególne potrzeby takiej osoby, w zakresie swoich możliwości.
 - e) W kolejnym kroku Uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia danych adresowych tj.: Kraj, Województwo, Powiat, Gmina, Miejscowość, Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy.
 - f) W polu „Numer telefonu uczestnika” należy wpisać prywatny numer uczestnika szkolenia, pole „adres e-mail” uzupełni się automatycznie.
 - g) W polu „Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu” należy wybrać jedną z podanych odpowiedzi.
 - h) W polu „Wykonywany zawód” należy wybrać jedną z podanych odpowiedzi.
 - i) W następnym kroku Uczestnik zobowiązany jest do odpowiedzi na 4 pytania dotyczące jego statusu. Pytania te są wymagane przy Szkoleniach realizowanych przez Europejski Fundusz Społeczny.
 - j) W polu „Test kompetencji” należy kliknąć na formularz i odpowiedzieć na 10 pytań związanych z funkcjonowaniem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Po odpowiedzi na wszystkie 10 pytań przy formularzu pojawi się zielony kciuk skierowany w górę, oznaczać to będzie, że test został w pełni wypełniony. Jeżeli przy formularzu pojawi się czerwony kciuk skierowany w dół oznaczać to będzie, że test nie został wypełniony, bądź został wypełniony w części. Bez wypełnionego testu kompetencji Uczestnik nie może zarejestrować się na Szkolenie.
 - k) Następnie należy zaakceptować wszystkie zasady i warunki Uczestnictwa w Szkoleniu i nacisnąć przycisk „Wyślij zgłoszenie”.
 - l) Po poprawnym zarejestrowaniu Uczestnik otrzyma maila z potwierdzeniem rejestracji na Szkolenie.
 - m) W przypadku gdy po kliknięciu „Wyślij zgłoszenie” nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia, prawdopodobnie nie wszystkie wymagane pola zostały wypełnione. Pola, które zostały pominięte, a są wymagane, podświetla się na czerwono. W tej sytuacji należy sprawdzić cały formularz i kliknąć przycisk „Wyślij zgłoszenie” ponownie. Jeżeli w dalszym ciągu nie wyświetli się informacja o wysłaniu zgłoszenia należy zgłosić problem z rejestracją na podany w formularzu adres e-mail.

§ 6

Udział w Szkoleniu

1. Organizator Szkoleń biorąc pod uwagę wszelkie bariery dotyczące Uczestnictwa w Szkoleniu zaplanował poniższe udogodnienia:
 - Szkolenia dedykowane Pracownikom Szpitali odbywać się będą bezpośrednio w placówkach;
 - Szkolenia dedykowane POZ odbywać się będą w granicach miast z dostępem do komunikacji miejskiej.
2. Szkolenia będą jednodniowe, przewidziany czas trwania to 7 godzin.
3. Organizator zapewni catering dla Uczestników Szkoleń, z tym że brak zapewnienia takiego cateringu nie oznacza odwołania Szkolenia lub uznania go za nieprawidłowo zrealizowane, a Organizator nie ponosi z tego tytułu odpowiedzialności.
4. Każdy z Uczestników na zakończenie Szkolenia będzie zobowiązany do wypełnienia testu badającego poziom wiedzy, ankiety ewaluacyjnej oraz oświadczenia o nabyciu kompetencji.

§ 7

Rezygnacja z Uczestnictwa w Szkoleniu

1. Rezygnacja ze Szkolenia jest dopuszczalna jedynie w przypadku wskazania nowego Uczestnika Szkolenia.
2. Organizator Szkolenia oczekuje zgłoszenia przez Przedstawiciela Szpitala/POZ rezygnacji ze Szkolenia w postaci mailowej na adres akademiaedm@csioz.gov.pl z podaniem kontaktu do osoby, która w zamian za nią będzie Uczestniczyć w Szkoleniu.
3. W sytuacji kiedy podmiot nie wyznaczy innej osoby mogącej Uczestniczyć w Szkoleniu lub kiedy zarejestrowana osoba nie stawi się na Szkoleniu, Organizator może obciążyć Szpital/POZ kosztami poniesionymi w związku z organizacją Szkolenia. Zastosowanie ma §8 ust. 3.

§ 8

Obowiązki przedstawicieli Szpitali i POZ-ów

1. Przedstawiciele Szpitali są zobowiązani do zapewnienia sali szkoleniowej na terenie Szpitala. Sala musi pomieścić min. 20 osób. W związku z zapewnieniem przez Organizatora cateringu i przerwy kawowej Przedstawiciel Szpitala musi zapewnić miejsce na rozłożenie potrzebnego sprzętu i zorganizowania przestrzeni z zachowaniem zasad BHP. W przypadku braku zapewnienia odpowiedniej sali lub miejsca, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w tym także w przypadku uznania przez Organizatora jako nieodpowiednich, Organizator może nie przeprowadzić Szkolenia i nie zapewnić cateringu. Organizator w takim przypadku nie ponosi z tego tytułu odpowiedzialności.
2. Przedstawiciele Szpitali i POZ zobowiązani są do złożenia stosownego oświadczenia stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu. Oświadczenie ma na celu

potwierdzenie w ramach Szpitala/POZ zastosowania w praktyce przez Pracowników – Uczestników Szkolenia wiedzy zdobytej podczas Szkolenia. Skan podpisanego oświadczenia należy przesać za pomocą poczty elektronicznej na adres akademiaedm@csioz.gov.pl. **Oświadczenie musi zostać podpisane przez osobę umocowaną tzn. kierownika/ dyrektora placówki. Oświadczenie powinno zawierać pieczętkę osoby podpisującej.**

z tytułem Oświadczenie dot. Szkolenia, nie później niż **60 dni** od daty odbytego Szkolenia.

3. Organizator lub upoważniony podmiot, ma prawo kontroli realizacji udziału Szpitala/POZ lub Uczestnika w niniejszym Projekcie, w szczególności dostępu do dokumentów przewidzianych w niniejszym Regulaminie w oryginale lub poświadczonej za zgodność kopii, a także uzyskania wszelkich wyjaśnień i informacji związanych z udziałem Szpitala/POZ w Szkoleniach, a Szpital/POZ jest zobowiązany do umożliwienia takiej kontroli i współdziałania w jej ramach, w szczególności przekazania dokumentów lub udzielania informacji i wyjaśnień - niezwłocznie, w formie wskazanej przez Organizatora (w tym na piśmie), nie później jednak niż we wskazanym przez Organizatora terminie. W szczególności dotyczy to potwierdzenia zgłoszenia, o którym mowa w §5 ust. 2 i 3 oraz oświadczenia wskazanego w §8 ust. 2.
4. Szpital i POZ oświadczają, że złożone przez niego oświadczenia związane z procesem rekrutacji i udziału w Szkoleniach są i pozostaną zgodne ze stanem prawnym i faktycznym przez cały okres w którym zastosowanie do Szpitala lub POZ ma niniejszy Regulamin. Szpital i POZ odpowiadają za realizację swoich zobowiązań i oświadczeń przewidzianych w niniejszym Regulaminie. W szczególności, w przypadku gdy w związku z brakiem zgodności ze stanem prawnym lub faktycznym oświadczeń złożonych przez Szpital/POZ w związku z realizacją Regulaminu lub w związku z brakiem wykonania przez niego zobowiązań przewidzianych w niniejszym Regulaminie, koszty poniesione przez Organizatora zostaną uznane za niekwalifikowane przez uprawnione instytucje, Organizator zastrzega sobie prawo żądania zwrotu takich kosztów, a Szpital/POZ jest zobowiązany do ich zwrotu w takim przypadku.

§ 9

Postanowienia końcowe

1. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian do Regulaminu. W takim przypadku Szpital/POZ jest informowany o zmianach pocztą elektroniczną na adres podany przy rekrutacji. Zmiany wchodzi w życie po upływie 14 dni od jej opublikowania, chyba że zastrzeżono inaczej.
2. Niniejszy regulamin obowiązuje do czasu zakończenia Szkoleń, tj. do dnia 31 października 2021 r., z tym że po tej dacie w mocy pozostają postanowienia dotyczące obowiązków Szpitala/POZ w zakresie dokumentowania udziału w Projekcie, w szczególności §8 ust. 3.
3. Regulamin jest dostępny na platformie rekrutacyjnej na stronie internetowej akademiaedm.csioz.gov.pl

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Oświadczenie Przedstawiciela Szpitala /POZ-u o zastosowaniu w praktyce wiedzy zdobytej podczas Szkolenia

*Dyrektor
Centrum Systemów Informacyjnych
Ochrony Zdrowia*

(-) Bartłomiej Wnuk