

**REGULAMIN
PILOTAŻOWEGO PROGRAMU OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE**

§ 1

Przedmiot Regulaminu

1. Regulamin określa zasady realizacji Programu Opieki Wytchnieniowej dla lekarzy będących członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwanego dalej „Programem”.
2. Program realizowany jest przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w ramach ustawowych zadań samorządu lekarskiego związanych w szczególności z: ochroną interesów zawodowych lekarzy, podejmowaniem działań na rzecz ochrony zdrowia lekarzy, tworzeniem warunków sprzyjających należytemu wykonywaniu zawodu, wspieraniem dobrostanu psychicznego i fizycznego członków Izby.
3. Podstawą uruchomienia Programu jest Uchwała XLIX Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z dnia 15 marca 2026 r.
4. Program zgodnie z Uchwałą wskazaną w ust. 3 powyżej jest programem pilotażowym.

§ 2

Cele Programu

1. Celem Programu jest wsparcie lekarzy sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami wymagającymi stałej albo długotrwałej opieki.
2. Program ma na celu w szczególności:
 - a) przeciwdziałanie skutkom długotrwałego przeciążenia opiekuńczego,
 - b) wspieranie kondycji psychicznej i fizycznej lekarzy,
 - c) umożliwienie czasowego odciążenia Beneficjenta od obowiązków opiekuńczych,
 - d) wspieranie możliwości dalszego wykonywania zawodu,
 - e) ograniczanie ryzyka wypalenia zawodowego,
 - f) wspieranie solidarności środowiskowej w ramach samorządu lekarskiego.

§ 3

Definicje

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

Izbie – należy przez to rozumieć Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza;

Programie – należy przez to rozumieć Program Opieki Wytchnieniowej realizowany na podstawie niniejszego Regulaminu;

Osobie wymagającej stałej albo długotrwałej opieki – należy przez to rozumieć osobę, która z powodu niepełnosprawności, choroby przewlekłej, zaburzeń rozwojowych, wieku, stanu terminalnego, innego stanu zdrowia powodującego istotne ograniczenie samodzielnego funkcjonowania – wymaga regularnej, intensywnej albo całodobowej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, przy czym status osoby wymagającej opieki może zostać potwierdzony w szczególności poprzez: orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o niepełnosprawności wydane wobec osoby poniżej 16 roku życia, dokumentację medyczną, zaświadczenie lekarskie, dokument potwierdzający objęcie opieką paliatywną, hospicyjną albo długoterminową, przy czym brak formalnego orzeczenia o niepełnosprawności nie wyłącza możliwości uznania osoby za wymagającą opieki, jeżeli z przedstawionej dokumentacji wynika rzeczywista konieczność sprawowania stałej albo intensywnej opieki;

Bezpośredniej opiece – należy przez to rozumieć faktyczne, regularne i osobiste wykonywanie obowiązków opiekuńczych;

Kosztach kwalifikowanych – należy przez to rozumieć wydatki pozostające w bezpośrednim związku z realizacją opieki wytchnieniowej, zaakceptowane przez Komisję;

Komisji – należy przez to rozumieć Komisję ds. Programu Opieki Wytchnieniowej;

Wniosku – należy przez to rozumieć formularz składany przez Beneficjenta w celu uzyskania wsparcia.

Lekarzu – należy przez to rozumieć lekarza oraz lekarza dentystę będących członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie; ilekroć w Regulaminie jest mowa o lekarzu, należy przez to rozumieć również lekarza dentystę.

ROZDZIAŁ II

BENEFICJENCI PROGRAMU

§ 4

Osoby uprawnione do udziału w Programie

1. Beneficjentem Programu może być lekarz będący członkiem Izby przez okres co najmniej 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia Wniosku (przy czym 12-miesięczna karencja nie dotyczy lekarzy odbywających staż podyplomowy), który sprawuje bezpośrednią opiekę nad osobą wymagającą stałej albo długotrwałej opieki, oraz złoży kompletny Wniosek wraz z wymaganą dokumentacją.
2. Program obejmuje w szczególności lekarzy sprawujących bezpośrednią opiekę nad małżonkiem, osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, wstępnym, zstępnym, rodzeństwem wobec których

Beneficjent wykonuje stałe i istotne obowiązki opiekuńcze wynikające z więzi rodzinnych lub faktycznych.

3. Jeżeli wsparcie ma zostać przyznane w związku ze sprawowaniem opieki nad osobą pełnoletnią, nad którą Beneficjent nie sprawuje opieki prawnej ani nie jest jej przedstawicielem ustawowym, do Wniosku dołącza się oświadczenie tej osoby potwierdzające wiedzę o złożeniu Wniosku, wolę udziału w Programie oraz akceptację działań podejmowanych przez Beneficjenta. Jeżeli osoba, której dotyczy wsparcie, jest pełnoletnia i nie pozostaje pod przedstawicielstwem ustawowym ani opieką prawną, do Wniosku dołącza się jej oświadczenie potwierdzające wiedzę o złożeniu Wniosku oraz akceptację udziału w Programie. W przypadku braku możliwości uzyskania takiego oświadczenia z uwagi na stan zdrowia, stan psychiczny albo inne obiektywne okoliczności uniemożliwiające świadome złożenie oświadczenia, Beneficjent składa stosowne wyjaśnienie wraz z dokumentami potwierdzającymi te okoliczności. W przypadku gdy osoba wymagająca opieki nie jest zdolna do świadomego wyrażenia woli, wymogu złożenia oświadczenia nie stosuje się, jeżeli okoliczność ta wynika z dokumentacji medycznej albo innych dokumentów przedstawionych przez Beneficjenta.
4. Wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 powyżej stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.
5. Z Programu mogą korzystać także lekarze przebywający na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim albo wychowawczym oraz lekarze ograniczający wykonywanie zawodu z przyczyn związanych ze sprawowaniem opieki.

ROZDZIAŁ III

FORMY I ZAKRES WSPARCIA

§ 5

Formy wsparcia

1. Program może obejmować
 - a) dofinansowanie opieki domowej,
 - b) dofinansowanie pobytu w placówce zapewniającej czasową opiekę,
 - c) dofinansowanie turnusów opiekuńczych albo wytchnieniowych,
 - d) dofinansowanie usług specjalistycznych związanych z czasowym odciążeniem opiekuna,
2. Wsparcie może zostać przyznane w formie:
 - a) refundacji kosztów poniesionych przez Beneficjenta,
 - b) refundacji części kosztów poniesionych przez Beneficjenta,
 - c) finansowania bezpośredniego na rzecz podmiotu świadczącego usługę
 - przy czym o wyborze formy wsparcia decyduje Komisja, uwzględniając charakter sprawy, sytuację Beneficjenta, cel Programu oraz względy organizacyjne, finansowe i podatkowe.
- 2a. W przypadku finansowania bezpośredniego Izba może dokonywać płatności bezpośrednio na rzecz podmiotu świadczącego usługę opiekuńczą, na podstawie dokumentów zaakceptowanych przez Izbę oraz zgodnie z zasadami rozliczeń obowiązującymi w Izbie.

3. Finansowanie bezpośrednie, o którym mowa w ust. 2 lit. c) może nastąpić na podstawie umowy zawartej pomiędzy Izbą a podmiotem świadczącym usługę albo po zaakceptowaniu przez Izbę dokumentów stanowiących podstawę rozliczenia.
4. Maksymalna wysokość wsparcia dla jednego Beneficjenta w roku budżetowym wynosi 10 000 zł brutto (słownie: dziesięć tysięcy 00/100). Limit ma charakter maksymalny i nie stanowi gwarancji przyznania wsparcia w tej wysokości.
5. W przypadku sprawowania przez Beneficjenta bezpośredniej opieki nad więcej niż jedną osobą wymagającą opieki Komisja może rekomendować przyznanie dodatkowego wsparcia z uwzględnieniem stopnia obciążenia opiekuńczego, o ile:
 - a) sytuacja opiekuńcza została odpowiednio udokumentowana,
 - b) dostępne są środki finansowe w ramach Programu,
 - c) łączna wysokość wsparcia nie przekroczy dwukrotności limitu określonego w ust. 4 powyżej.
6. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie może, w drodze odrębnej uchwały, określać w szczególności: limity finansowe dla poszczególnych form wsparcia; maksymalną wysokość wsparcia przypadającą na jednego Beneficjenta; poziom procentowego dofinansowania kosztów; maksymalną liczbę świadczeń przyznawanych w danym roku budżetowym; katalog kosztów niepodlegających finansowaniu; szczegółowe zasady oceny Wniosków oraz dokumenty pomocnicze wykorzystywane przez Komisję. Uchwały, o których mowa powyżej, uwzględniają możliwości finansowe Izby oraz cele Programu.

§ 6

Koszty kwalifikowane

1. Za koszty kwalifikowane mogą zostać uznane wyłącznie wydatki:
 - a) rzeczywiście poniesione,
 - b) pozostające w bezpośrednim związku z realizacją opieki wytchnieniowej,
 - c) odpowiednio udokumentowane.
2. Koszty kwalifikowane mogą obejmować w szczególności: wynagrodzenie podmiotów świadczących usługi opiekuńcze, koszty pobytu w placówkach opiekuńczych, koszty turnusów opiekuńczych albo wytchnieniowych oraz koszty usług wspierających czasowe odciążenie opiekuna
3. W przypadku wsparcia realizowanego w formie refundacji kosztów Beneficjent zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających poniesienie wydatku, wystawionych na Beneficjenta albo dokumentujących poniesienie kosztu przez Beneficjenta, w szczególności faktur, rachunków, umów, dowodów zapłaty lub innych dokumentów o równoważnej wartości dowodowej.
4. W przypadku wsparcia realizowanego w formie finansowania bezpośredniego dokumenty stanowiące podstawę rozliczenia powinny być wystawione zgodnie z wymaganiami określonymi przez Izbę, w szczególności na Izbę jako nabywcę usługi.
5. Finansowaniu nie podlegają koszty niezwiązane bezpośrednio z opieką wytchnieniową, koszty rekreacyjne, koszty wypoczynku Beneficjenta, wydatki na zakup środków trwałych, usługi o charakterze luksusowym albo wypoczynkowym, wydatki niezwiązane z potrzebami osoby wymagającej opieki oraz wydatki nieudokumentowane.

ROZDZIAŁ IV

KOMISJA

§ 7

Komisja ds. Programu Opieki Wytchnieniowej

1. Wnioski rozpatruje Komisja powoływana przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie.
2. Komisja składa się z od 5 do 7 członków, w tym Przewodniczącego.
3. Komisja działa z poszanowaniem zasad bezstronności, poufności, równego traktowania Beneficjentów, proporcjonalności, transparentności.
4. Członek Komisji podlega wyłączeniu w przypadku konfliktu interesów, pokrewieństwa albo bliskiej relacji z Beneficjentem, innych okoliczności mogących budzić wątpliwości co do bezstronności.
5. Członek Komisji oraz osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym nie mogą korzystać z Programu w okresie pełnienia funkcji w Komisji.
6. Posiedzenia Komisji są niejawne.
7. Z posiedzeń Komisji sporządza się protokół. Protokół zawiera co najmniej: datę posiedzenia, skład Komisji, informację o wyłączeniach członków Komisji, liczbę rozpatrzonych wniosków oraz treść podjętych rozstrzygnięć.
8. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy składu Komisji, w tym Przewodniczącego albo osoby przez niego upoważnionej.
9. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Komisji.
10. Komisja może obradować stacjonarnie albo z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
11. Wyłączenie członka Komisji z powodu okoliczności, o których mowa w ust. 4, odnotowuje się w protokole. Członek wyłączony nie bierze udziału w rozpatrywaniu danego wniosku ani w głosowaniu.
12. W przypadku nieobecności Przewodniczącego Komisji albo jego wyłączenia od udziału w rozpatrywaniu spraw, obradom przewodniczy obecny na posiedzeniu członek Komisji posiadający najdłuższy staż członkowski w samorządzie lekarskim
13. Komisja dokonuje oceny wniosków na podstawie kryteriów określonych w Regulaminie Programu Opieki Wytchnieniowej.
14. Od uchwał podejmowanych w ramach Programu nie przysługuje odwołanie w trybie wewnętrznym.

ROZDZIAŁ V

TRYB SKŁADANIA I OCENY WNIOSKÓW

§ 8

Nabór Wniosków

1. Nabór Wniosków prowadzony jest w trybie kwartalnym.
2. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie ogłasza co do zasady cztery nabory Wniosków w roku kalendarzowym.

3. Środki przeznaczone na realizację Programu dzieli się na kwartalne pule finansowe, chyba że Okręgowa Rada Lekarska postanowi inaczej.
4. Wysokość środków przeznaczonych na poszczególne nabory może być zróżnicowana i jest ustalana z uwzględnieniem dostępnych środków finansowych oraz przewidywanych potrzeb Beneficjentów.
5. W przypadku wyczerpania środków przeznaczonych na realizację Programu Okręgowa Rada Lekarska może ograniczyć zakres naboru, zawiesić kolejne nabory albo zakończyć realizację Programu w danym roku budżetowym.
6. Przyznanie wsparcia uzależnione jest od dostępności środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu.
7. Niewykorzystane środki finansowe przeznaczone na dany nabór zwiększają pulę środków przeznaczoną na kolejny nabór.
8. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Komisja może rekomendować rozpoznanie Wniosku poza harmonogramem naboru oraz przedstawić rekomendację właściwemu organowi Izby.
9. Wniosek powinien zawierać informacje i dokumenty niezbędne do dokonania oceny spełnienia warunków udziału w Programie oraz ustalenia zasadności i zakresu wnioskowanego wsparcia, w szczególności:
 - a) dane Beneficjenta;
 - b) opis sytuacji opiekuńczej;
 - c) wskazanie osoby wymagającej opieki;
 - d) wskazanie oczekiwanej formy wsparcia;
 - e) uzasadnienie potrzeby przyznania wsparcia;
 - f) wskazanie wysokości wnioskowanego wsparcia;
 - g) wymagane oświadczenia;
 - h) dokumenty potwierdzające sytuację osoby wymagającej opieki;
 - i) dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów – w przypadku ubiegania się o refundację;
 - j) inne dokumenty mające znaczenie dla oceny Wniosku.
10. Komisja jest uprawniona do wezwania Beneficjenta do: usunięcia braków formalnych Wniosku; złożenia dodatkowych wyjaśnień; przedłożenia dodatkowych dokumentów niezbędnych do oceny spełnienia warunków udziału w Programie, ustalenia sytuacji Beneficjenta lub weryfikacji danych zawartych we Wniosku.
11. Wezwanie, o którym mowa powyżej, określa zakres wymaganych czynności oraz termin ich wykonania.
12. Termin na usunięcie braków formalnych lub udzielenie wyjaśnień wynosi 7 dni od dnia doręczenia wezwania, chyba że Komisja wyznaczy dłuższy termin z uwagi na charakter żądanych dokumentów lub szczególne okoliczności sprawy. Nieusunięcie braków formalnych Wniosku w wyznaczonym terminie może skutkować pozostawieniem Wniosku bez rozpoznania.
13. Niezłożenie wyjaśnień lub dokumentów niezbędnych do oceny merytorycznej Wniosku może skutkować dokonaniem oceny na podstawie dokumentacji oraz odmową przyznania wsparcia.
14. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

§ 9

Ocena Wniosków

1. Ocena Wniosków obejmuje ocenę formalną oraz ocenę merytoryczną.
2. Ocena merytoryczna dokonywana jest przez Komisję na podstawie Karty Oceny Wniosków, z uwzględnieniem kolejności wpływu kompletnych Wniosków.
3. Karta oceny wniosku o przyznanie opieki wytchnieniowej stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.
4. Komisja sporządza listę Wniosków według kolejności wpływu kompletnych Wniosków.
5. Komisja sporządza rekomendację dotyczącą:
 - a) przyznania wsparcia oraz jego wysokości;
 - b) odmowy przyznania wsparcia.
6. Wnioski, które spełniają warunki udziału w Programie, lecz nie uzyskały wsparcia z powodu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany nabór, mogą zostać umieszczone na liście rezerwowej. Beneficjent może wyrazić zgodę na pozostawienie Wniosku na liście rezerwowej oraz jego rozpoznanie w kolejnym naborze. Przed rozpoznanie Wniosku w kolejnym naborze Komisja może wezwać Beneficjenta do złożenia oświadczenia potwierdzającego aktualność danych i okoliczności wskazanych we Wniosku.
7. Rekomendacja Komisji ma charakter opiniodawczy i nie wiąże organu podejmującego uchwałę w sprawie przyznania wsparcia.
8. Przyznanie wsparcia następuje w drodze uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie albo Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – zgodnie z właściwością wynikającą z wysokości przyznawanego wsparcia.
9. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie albo Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie mogą odmówić przyznania wsparcia pomimo pozytywnej rekomendacji Komisji, jeżeli przemawia za tym sytuacja budżetowa Programu albo inne istotne okoliczności ujawnione po sporządzeniu rekomendacji.
10. Członek Komisji, członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie podlega wyłączeniu od udziału w rozpatrywaniu sprawy, jeżeli sprawa dotyczy jego osoby, osoby pozostającej z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, małżonka, partnera, wstępnego, zstępnego, rodzeństwa albo osoby pozostającej z nim w bliskiej relacji faktycznej.

ROZDZIAŁ VI

ZASADY FINANSOWANIA I ROZLICZANIA

§ 10

Finansowanie Programu

1. Program realizowany jest w ramach środków zabezpieczonych w budżecie Izby.
2. Roczna wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu określana jest w budżecie Izby.

3. Przyznanie wsparcia uzależnione jest od: dostępności środków finansowych, liczby złożonych Wniosków, sytuacji budżetowej Izby.
4. Okręgowa Rada Lekarska może ograniczyć wysokość wsparcia, wstrzymać nabór Wniosków, czasowo zawiesić realizację Programu.

§ 11

Rozliczenie wsparcia

1. Beneficjent zobowiązany jest do wykorzystania otrzymanego wsparcia zgodnie z celem, na jaki zostało ono przyznane, oraz do jego rozliczenia. Beneficjent zobowiązany jest do przedłożenia dokumentów rozliczeniowych w terminie 14 dni od dnia wykorzystania środków, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, chyba że Komisja wyznaczy inny termin uzasadniony okolicznościami sprawy.
2. Rozliczenie wsparcia następuje poprzez przedstawienie dokumentów potwierdzających poniesienie wydatków lub wykonanie usług finansowanych ze środków Programu, w szczególności:
 - a) faktur,
 - b) rachunków,
 - c) umów,
 - d) dokumentów księgowych o równoważnej wartości dowodowej,
 - e) dokumentów potwierdzających wykonanie usługi,
 - f) dokumentów potwierdzających dokonanie zapłaty,
 - g) innych dokumentów niezbędnych do oceny prawidłowości wykorzystania wsparcia.
3. W uzasadnionych przypadkach Komisja, inne uprawnione organy Izby mogą żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów potwierdzających poniesienie wydatku lub wykonanie usługi, w szczególności umowy, rachunku, faktury, potwierdzenia zapłaty lub innych dokumentów niezbędnych do weryfikacji prawidłowości wykorzystania środków.
4. Beneficjent zobowiązany jest do zwrotu środków wykorzystanych: niezgodnie z przeznaczeniem, na podstawie nierzetelnych danych albo dokumentów, z naruszeniem Regulaminu. O obowiązku zwrotu środków oraz wysokości kwoty podlegającej zwrotowi decyduje Prezydium ORL albo ORL w drodze uchwały.
5. Komisja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wykorzystania przyznanych środków, w tym do: analizy dokumentów rozliczeniowych, żądania przedstawienia dodatkowych dokumentów, informacji lub wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia zgodności wykorzystania środków z celem, na jaki zostały przyznane, wezwania Beneficjenta do uzupełnienia braków lub usunięcia nieprawidłowości w rozliczeniu w wyznaczonym terminie.
6. Beneficjent zobowiązany jest do współpracy z Komisją w toku czynności weryfikacyjnych oraz do udzielania wyjaśnień dotyczących sposobu wykorzystania otrzymanego wsparcia.
7. Beneficjent zobowiązany jest do zwrotu całości lub części otrzymanych środków, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Izby, jeżeli środki zostały: wykorzystane niezgodnie z celem, na jaki zostały przyznane, przyznane na podstawie nieprawdziwych, nierzetelnych lub niekompletnych danych albo dokumentów mających wpływ na przyznanie wsparcia,

wykorzystane z naruszeniem postanowień Regulaminu, nierozliczone w terminie pomimo wezwania Izby do dokonania rozliczenia.

8. Izba przetwarza dane osobowe zawarte w dokumentach składanych w związku z rozliczeniem wsparcia wyłącznie w zakresie niezbędnym do przyznania, rozliczenia, kontroli oraz dochodzenia zwrotu środków przyznanych na podstawie Regulaminu.
9. Beneficjent zobowiązany jest do przedstawiania wyłącznie dokumentów niezbędnych do rozliczenia wsparcia oraz, w przypadku przekazywania danych osobowych innych osób, do zapewnienia zgodności takiego przekazania z obowiązującymi przepisami prawa.
10. Beneficjent przyjmuje do wiadomości, że przyznanie wsparcia w ramach Programu może skutkować powstaniem po jego stronie obowiązków podatkowych przewidzianych w obowiązujących przepisach prawa. Odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie obowiązków podatkowych związanych z uzyskaniem wsparciem spoczywa na Beneficjencie, z zastrzeżeniem obowiązków ciążących na Izbie jako płatniku lub podmiocie zobowiązanym do wykonania określonych czynności informacyjnych na podstawie przepisów prawa. Izba dokonuje wymaganych prawem czynności związanych z rozliczeniem świadczeń przyznawanych w ramach Programu.
11. Forma wsparcia może zostać określona z uwzględnieniem skutków podatkowych po stronie Beneficjenta oraz Izby.
12. Beneficjent jest zobowiązany do przechowywania dokumentów stanowiących podstawę rozliczenia wsparcia przez okres 5 lat od dnia dokonania rozliczenia oraz do ich udostępnienia na żądanie Izby
13. Beneficjent jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Izby o każdej zmianie okoliczności mającej wpływ na prawo do uzyskania lub wysokość wsparcia.

ROZDZIAŁ VII

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 12

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku z udziałem w Programie

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych na potrzeby realizacji Programu jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza z siedzibą w Warszawie (02-512), ul. Puławska 18. Kontakt z administratorem możliwy jest pod adresem: biuro@oilwaw.org.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą Państwo kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, pod adresem: iod@oilwaw.org.pl lub na adres korespondencyjny administratora, z dopiskiem „IOD”.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją Programu, w tym w celu oceny zasadności wniosku, przyznania lub odmowy przyznania dofinansowania, obsługi realizowanego dofinansowania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania. Przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne:
 - a) do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, jakim jest realizacja ustawowych zadań samorządu lekarskiego związanych w szczególności z: ochroną

- interesów zawodowych lekarzy, podejmowaniem działań na rzecz ochrony zdrowia lekarzy, tworzeniem warunków sprzyjających należytemu wykonywaniu zawodu, wspieraniem dobrostanu psychicznego i fizycznego członków Izby (Art. 6 ust. 1 lit. e RODO);
- b) w zakresie przetwarzania danych szczególnych kategorii (dotyczących zdrowia), ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, jakim jest realizacja ustawowych zadań samorządu lekarskiego wynikających z ustawy o izbach lekarskich, związanych w szczególności z: ochroną interesów zawodowych lekarzy i, podejmowaniem działań na rzecz ochrony zdrowia lekarzy, tworzeniem warunków sprzyjających należytemu wykonywaniu zawodu, wspieraniem dobrostanu psychicznego i fizycznego członków Izby (art. 9 ust. 2 lit. g RODO).
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale ich niepodanie w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie może wiązać się z brakiem możliwości przyznania dofinansowania w ramach Programu. W zakresie danych osobowych osób innych niż Beneficjent, wskazanych we wniosku, źródłem pozyskania danych jest osoba, która zawnioskowała do administratora o przyznanie dofinansowania. Administrator będzie przetwarzać Państwa dane osobowe w zakresie wskazanym we wniosku, w tym w zakresie imienia, nazwiska, pokrewieństwa z Beneficjentem oraz informacji o stanie zdrowia.
 5. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty świadczące na rzecz administratora usługi w zakresie wsparcia organizacyjnego, prawnego oraz technicznego, w tym m.in. obsługi IT, archiwizacji i przechowywania dokumentów, obsługi korespondencji lub doradztwa prawnego. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być również organy i podmioty publiczne, gdy wynika to z przepisów prawa.
 6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, jak również nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
 7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do przyjęcia i rozpatrzenia wniosku, jak również rozliczenia przyznanego dofinansowania, a następnie Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres realizacji Programu oraz przez okres 5 lat od zakończenia roku, w którym nastąpiło rozliczenie wsparcia, a następnie przez okres wymagany przepisami prawa archiwalnego lub rachunkowego.
 8. Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, jak również prawo do przenoszenia danych oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych z przyczyn związanych z Państwa szczególną sytuacją.
 9. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO, mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

ROZDZIAŁ VIII

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

Postanowienia końcowe

1. Wątpliwości dotyczące stosowania Regulaminu rozstrzyga Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.
2. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie może, w drodze odrębnych uchwał, określać wytyczne dotyczące realizacji Programu, w szczególności limity finansowe, poziom dofinansowania, maksymalną wysokość wsparcia, katalog kosztów niepodlegających finansowaniu, szczegółowe zasady oceny Wniosków oraz wzory dokumentów wykorzystywanych przy realizacji Programu.
3. Integralną część Regulaminu stanowią: wzór Wniosku, wzór oświadczenia osoby, której dotyczy wsparcie oraz klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.
4. Szczegółowe kryteria oceny Wniosków, sposób ich punktowania oraz wzór Karty Oceny Wniosków określa Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie w drodze odrębnej uchwały.
5. Spełnienie kryteriów określonych w Regulaminie nie rodzi po stronie Beneficjenta roszczenia o przyznanie wsparcia ani o przyznanie wsparcia w określonej wysokości.
6. Beneficjent nie nabywa prawa do wsparcia na przyszłość, a przyznanie wsparcia w jednym okresie rozliczeniowym nie stanowi podstawy do oczekiwania przyznania wsparcia w kolejnych okresach.
7. Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały przez ORL.