

## Umowa o naukę

zawarta we Wrocławiu w dniu .....r. pomiędzy Europejskim Centrum Kształcenia Podyplomowego zwanym w dalszej części umowy **Organizatorem Kształcenia** reprezentowanym przez

Bartosza Uchmanowicza – Dyrektora Generalnego

a

Panią/Panem:.....

zam.....

legitymującą/ym się dowodem osobistym nr: .....PESEL:..... zwaną/ym w dalszej części umowy **Uczestnikiem**.

### § 1

#### Przedmiot umowy.

1. Przedmiotem umowy są warunki uczestnictwa oraz opłaty za szkolenie. Organizator Kształcenia zobowiązuje się zapewnić Uczestnikowi naukę na szkoleniu specjalizacyjnym w zakresie „Pielęgniarstwa Geriatrycznego” zgodnie z Planem Kształcenia oraz według zasad określonych w Regulaminie Organizatora Kształcenia, a po spełnieniu przez Uczestnika wszystkich wymaganych warunków – dopuścić do zdawania egzaminu państwowego.
2. Organizator Kształcenia zapewnia warunki do nauki przez: program nauczania zgodny z wymogami prawnymi, zatwierdzony decyzją Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, zatrudnienie kadry dydaktycznej o kwalifikacjach zgodnych z przepisami prawa regulującymi tryb i warunki prowadzenia specjalizacji, udostępnienie odpowiednio wyposażonych pomieszczeń do odbycia części ogólnozawodowej, części specjalistycznej i stażów, organizację i obsługę administracyjną procesu kształcenia oraz ubezpieczenie OC i NNW w zakresie niezbędnym do prowadzenia szkolenia.
3. Uczestnik zobowiązuje się do zapoznania się z Regulaminem Specjalizacji i przestrzegania jego postanowień a także wszelkich jego modyfikacji, które będą przez Organizatora Kształcenia umieszczane na stronie internetowej Organizatora Kształcenia pod adresem [www.eckp.poznan.pl](http://www.eckp.poznan.pl) oraz do terminowego uiszczenia opłat za naukę zgodnie z postanowieniami § 2 niniejszej umowy.

### § 2

#### Koszt szkolenia, warunki płatności.

1. Całkowity koszt specjalizacji wynosi 4800 złotych brutto (cztery tysiące dwieście złotych 00/100), i nie obejmuje opłaty za egzamin państwowy. Wysokość i sposób wnoszenia opłaty za egzamin państwowy wynika z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2003r. w sprawie wysokości opłaty wnoszonej przez pielęgniarkę, położną za egzamin państwowy (Dz. U. Nr 189, poz. 1863)str. 2 z 2

Koszt specjalizacji pokrywany jest w całości ze środków własnych Uczestnika lub/i Płatnika.

2. Uczestnik zobowiązany jest do wniesienia opłaty za specjalizację w następujący sposób:

- a. Jednorazowo w kwocie 4800 zł - w terminie do momentu rozpoczęcia specjalizacji lub
- b. Ratalnie - w **dwudziestu czterech** nieoprocentowanych miesięcznych ratach w wysokości **200 zł**. Wpłata pierwszej raty nastąpi do dnia 15 miesiąca rozpoczęcia specjalizacji. Kolejne raty będą uiszczane do 15 dnia każdego kolejnego miesiąca w okresie trwania szkolenia lub do zapłaty całości kosztu szkolenia. Uczestnik może również dokonać, wpłaty „z góry” dowolnej wielokrotności jednej raty, a następną opłatę wnieść po okresie szkolenia, za który zapłacił. Wpłaty w ten sposób kumulowane Uczestnik wniesie zawsze w terminie poprzedzającym okres, za który płaci.

3. Płatności Uczestnik dokona przelewem na konto Organizatora:

**Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego**

**mBank nr: 82 1140 2004 0000 3302 6240 8960**

W tytule zapłaty należy umieścić następującą treść:

**NR NIP-KOD SPECJALIZACJI**

**Na przykład: 1234567890-SP.4GERI**

W przypadku braku numeru NIP uczestnik może posługiwać się numerem PESEL. Wówczas numer PESEL zajmuje w tytule wpłaty to samo miejsce co numer NIP.

Odpowiedzialność za błędne oznakowanie przelewu ponosi Uczestnik.

4. Uczestnik obowiązany jest do przechowywania dowodów wniesienia opłat w okresie 2 lat od ich dokonania.
5. Za datę uiszczenia opłaty uważa się datę wpływu zapłaconej kwoty na konto bankowe Organizatora Kształcenia. Opóźnienie w zapłacie należności za naukę lub jej dokonanie w niepełnej kwocie stanowi dla Organizatora Kształcenia podstawę do naliczenia ustawowych odsetek.
6. Brak wniesienia opłat określonych w niniejszym paragrafie równoznaczny z rezygnacją przez Uczestnika ze specjalizacji spowoduje skreślenie z listy uczestników szkolenia i rozwiązanie niniejszej umowy bez prawa do jakiegokolwiek zwrotu kosztów, które do tej chwili poniósł.
7. Z ważnych powodów Uczestnik specjalizacji ma prawo do rezygnacji z rozpoczętego szkolenia specjalizacyjnego z miesięcznym wypowiedzeniem niniejszej umowy i podaniem istotnego powodu rezygnacji (np. choroba). Rezygnacja może nastąpić jedynie na pisemny wniosek Uczestnika lub/i Płatnika w trybie przewidzianym w regulaminie szkolenia specjalizacyjnego.
8. Koszt uczestnictwa w szkoleniu specjalizacyjnym może pokryć w całości lub części dowolny płatnik (np. zakład pracy). W przypadku ponoszenia całego kosztu szkolenia płatnik potwierdza swoje zobowiązanie na niniejszej umowie określając sposób w jaki wniesie opłatę (całość z góry lub raty z zachowaniem terminów i sposobu płatności określonych w § 2 – zapis w tej sprawie płatnik umieszcza pod podpisem Uczestnika lub/i Płatnika ) lub wydaje dokument będący zobowiązaniem płatniczym. Uczestnik szkolenia jest odpowiedzialny za zobowiązanie płatnika i w przypadku niewywiązania się przez płatnika z umowy Uczestnik poniesie koszt swojego uczestnictwa w szkoleniu.
9. Rozwiązanie niniejszej umowy przez Organizatora Kształcenia następuje także w przypadku skreślenia Uczestnika lub/i Płatnika z listy uczestników specjalizacji zgodnie z postanowieniami Regulaminu Specjalizacji. W takim przypadku za dzień rozwiązania umowy uznaje się datę decyzji o skreśleniu z listy uczestników specjalizacji.
10. Uczestnik wyraża zgodę na otrzymywanie rachunków, faktur drogą elektroniczną.

### § 3

#### Postanowienia końcowe.

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy regulujące zasady organizacji i prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy, a także jej wypowiedzenie oraz rozwiązanie przez Organizatora bez wypowiedzenia wymagają formy pisemnej.
3. W przypadku różnic między postanowieniami niniejszej umowy a przepisami Regulaminu Specjalizacji pierwszeństwo mają postanowienia niniejszej umowy.
4. Umowa została zawarta na czas trwania specjalizacji.
5. Uczestnik oświadcza, że dane zawarte w formularzu zgłoszenia oraz w niniejszej umowie są zgodne z prawdą.
6. Uczestnik akceptuje warunki regulaminu ECKP oraz zobowiązuje się do jego ścisłego przestrzegania.
7. Uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez EUROPEJSKIE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO Bartosz Uchmanowicz dla potrzeb związanych z realizacją niniejszej Umowy (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, Dz.U. nr 4 poz. 1182 z późn. zmianami).
8. Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

EUROPEJSKIE CENTRUM  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

ul. Mostowa 27/409, 61-854 Poznań

tel: 61 610 10 98, 783314474,

fax: 61 610 10 99

e-mail: eckp@eckp.poznan.pl www.eckp.poznan.pl

.....  
data i podpis Uczestnika lub/i Płatnika

.....  
podpis Organizatora

.....  
data i podpis Płatnika

#### UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH(RODO)

Na podstawie art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1), niniejszym upoważniam do przetwarzania danych osobowych: Bartosza Uchmanowicza - właściciela firmy Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego, będącego jednocześnie administratorem danych osobowych, w zakresie realizacji kształcenia na kursach/szkoleniach organizowanych przez Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego Bartosz Uchmanowicz.

Upoważniam Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego Bartosz Uchmanowicz do przetwarzania danych osobowych zawartych w następujących zbiorach:

1/ bazy danych uczestników kursów/szkoleń,

2/ bazy kursów/szkoleń.

Upoważnienie w szczególności obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w zakresie:

1. przeprowadzenia procedury kwalifikacji
2. wykonywania wszelkich czynności związanych z planowaniem i realizacją kursu/szkolenia będącego przedmiotem zawartej umowy o naukę
3. zgłoszenia do komisji egzaminacyjnych
4. realizacji płatności i rozliczenia
5. przesyłania informacji o aktualnej ofercie szkoleniowej
6. przetwarzania danych przez podmioty współpracujące i działające na rzecz Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu w zakresie organizacji szkoleń
7. przeprowadzania wszelkich czynności związanych z organizacją planowanych szkoleń

Okres ważności upoważnienia– 01.01.2038

.....  
miejsce, data

.....  
(podpis osoby nadającej upoważnienie)

.....  
(imię i nazwisko Uczestnika lub/i Płatnika kursu)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
adres (ulica, numer domu, mieszkania)

.....  
kod pocztowy miejscowość

.....  
telefon

**ZOBOWIĄZANIE PŁATNICZE UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA/PŁATNIKA KURSU SPECJALIZACYJNEGO**

**Nazwa kursu: KURS SPECJALIZACYJNY W DZIEDZINIE Pielęgniarstwa Geriatrycznego**

Ośrodek Kształcenia:

Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego  
ul. Mostowa 27/409, 61-854 Poznań

e-mail: [eckp@eckp.poznan.pl](mailto:eckp@eckp.poznan.pl), tel. 61 610 10 98 tel. kom. 783 314 474 , fax 61 610 10 99

Na podstawie Umowy o Naukę z dnia.....oświadczam, iż opłata za kurs w kwocie 4800 zł zostanie dokonana na rachunek bankowy Ośrodka Kształcenia: **mBank nr 82 1140 2004 0000 3302 6240 8960**

wg jednej z opcji (\* proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiednim miejscu):

<b>OPCJA I. PŁATNOŚĆ W CAŁOŚCI PRZEZ UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA</b>	<b>OPCJA II. PŁATNOŚĆ W CAŁOŚCI PRZEZ PŁATNIKA (zakład pracy, sponsor)</b>	<b>OPCJA III. PŁATNOŚĆ W CZĘŚCI PRZEZ UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA ORAZ W CZĘŚCI PRZEZ PŁATNIKA (zakład pracy, sponsor)</b>
<p><input type="checkbox"/> Jednorazowo w całości (4800zł) w terminie 14 dni od momentu podpisania umowy, nie później niż do dnia rozpoczęcia specjalizacji tj. do dnia..... lub</p> <p><input type="checkbox"/> Z zachowaniem nast. terminarza: <b>1. KWOTA -4800 zł, w ratach:</b> z zachowaniem terminarza:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> <b>24 RATY</b> po 200 zł- wpłata do 15 dnia każdego miesiąca, przez 24 kolejne miesiące lub</p> <p>b) <input type="checkbox"/> wielokrotność raty jako nadpłata, w wysokości..... zł, a następnie raty po 200 zł, w ilości zgodnej z ilością miesięcy pozostałych do zakończenia specjalizacji.</p> <p>Powyższe zobowiązanie poświadczam własnoręcznym podpisem:</p> <p>..... Podpis Uczestnika lub/i Płatnika</p>	<p><input type="checkbox"/> Jednorazowo w całości (4800zł) w terminie 14 dni od momentu podpisania umowy, nie później niż do dnia rozpoczęcia specjalizacji tj. do dnia..... lub</p> <p><input type="checkbox"/> Z zachowaniem nast. terminarza: <b>1. KWOTA -4800 zł, w ratach:</b> z zachowaniem terminarza:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> <b>24 RATY</b> po 200 zł- wpłata do 15 dnia każdego miesiąca, przez 24 kolejne miesiące lub</p> <p>b) <input type="checkbox"/> wielokrotność raty jako nadpłata, w wysokości..... zł, a następnie raty po 200 zł, w ilości zgodnej z ilością miesięcy pozostałych do zakończenia specjalizacji.</p> <p>Powyższe zobowiązanie poświadczamy własnoręcznymi podpisami:</p> <p>..... Podpis Płatnika</p> <p>..... Podpis Uczestnika lub/i Płatnika</p>	<p>Płatność przez Uczestnika lub/i Płatnika lub Płatnika z zachowaniem następującego terminarza: <b>1. KWOTA -4800 Zł, płatna lub podzielona pomiędzy Uczestnika lub/i Płatnika i Płatnika następująco [ a) lub b) lub c) ]:</b></p> <p>a) <input type="checkbox"/> Jednorazowo w całości (4800zł) płatna przez:</p> <p><input type="checkbox"/> UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA lub</p> <p><input type="checkbox"/> PŁATNIKA do 15 dnia pierwszego miesiąca rozpoczęcia specjalizacji tj. do dnia..... lub</p> <p>b) <input type="checkbox"/> <b>24 RATY</b> po 200 zł- wpłata do 15 dnia każdego miesiąca, przez 24 kolejne miesiące lub płatna przez:</p> <p><input type="checkbox"/> UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA lub</p> <p><input type="checkbox"/> PŁATNIKA <b>lub</b></p> <p>c) <input type="checkbox"/> wielokrotność raty jako nadpłata, płatna przez:</p> <p><input type="checkbox"/> UCZESTNIKA LUB/I PŁATNIKA-ilość rat=..... i/lub</p> <p><input type="checkbox"/> PŁATNIKA-ilość rat=.... w wysokości..... zł, a następnie raty po 200 zł, w ilości zgodnej z ilością miesięcy pozostałych do zakończenia specjalizacji. Powyższe zobowiązanie poświadczamy własnoręcznymi podpisami:</p> <p>..... Podpis Płatnika</p> <p>..... Podpis Uczestnika lub/i Płatnika</p>