

do procedury zgłaszania przypadków nieprawidłowości  
oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń

ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ul.B.Chrobrego 4 28-300 Jędrzejów telefon: 41 386 22 77 e-mail: e.buckazpoz@gmail.com
<b>KARTA INFORMACYJNA</b>
<b>Nazwa sprawy: Zgłoszenie naruszeń/nieprawidłowości</b>
<b>I.Podstawa prawna</b> · Zarządzenie nr 6/2021 z dnia 31.12.2021r Kierownika ZPOZ w Jędrzejowie
<b>II.Opis ogólny</b> · osoba fizyczna lub prawna, która zgłasza informacje na temat naruszeń prawa/nieprawidłowości uzyskane w kontekście związanym z pracą w Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jędrzejowie
<b>III. Wymagane dokumenty</b> · w przypadku zgłoszenia telefonicznego lub osobiście do wyznaczonego przez ZPOZ pracownika - karta zgłoszenia (załącznik do karty informacyjnej) · w przypadku zgłoszenia w postaci papierowej lub elektronicznej – formularz zgłoszenia nieprawidłowości
<b>IV. Opłaty</b> · brak
<b>V. Termin załatwienia sprawy</b> · do trzech miesięcy / w uzasadnionych przypadkach termin ten może zostać wydłużony do 6 miesięcy/
<b>VI.Miejsce załatwienia sprawy</b> · ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ul.B.Chrobrego 4 28-300 Jędrzejów parter , pokój nr 21
<b>VII.Godziny pracy</b> · od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00
<b>VIII.Osoba odpowiedzialna</b> · Ewa Bucka
<b>IX. Uwagi</b> Formy zgłoszenia nieprawidłowości/kanały zgłoszenia: · za pomocą poczty elektronicznej na adres: <a href="mailto:e.buckazpoz@gmail.com">e.buckazpoz@gmail.com</a> w zaszyfrowanym pliku. Szyfr do pliku należy przekazać pracownikowi osobiście lub telefonicznie. · w formie listownej na adres: ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ul.B.Chrobrego 4 28-300 Jędrzejów z dopiskiem na kopercie „zgłoszenie nieprawidłowości”

- osobiście lub telefonicznie do pracownika wyznaczonego przez ZPOZ Jędrzejów – Ewa Bucka tel. 41 386 22 77
- formularz zgłoszenia nieprawidłowości dostępny jest na stronie internetowej <https://zpozjedrzejow.pl>

### Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej z siedzibą: ul.B.Chrobrego 4, 28-300 Jędrzejów
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:	odo_zpozjedrzejow@wp.pl 41 386 22 77
Administrator powołał Administratora Systemów Informatycznych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:	odo_zpozjedrzejow@wp.pl 41 386 22 77
Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:	Związany z sygnalizowaniem naruszenia/nieprawidłowości
Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:	Art. 6 ust.1 lit. c RODO
Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:	Pana/Pani dane w razie konieczności mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa .
Okres przechowywania danych:	Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres zgodny z ustawą o archiwizacji.
Ma Pani/Pan prawo do:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,</li><li>2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,</li><li>3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,</li><li>4. przenoszenia danych,</li><li>5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,</li><li>6. wniesienia skargi do organu nadzorczego.</li></ol>
Podanie przez Panią/Pana danych jest:	dobrowolne, ale niezbędne do realizacji umowy. Ich niepodanie spowoduje niemożność nawiązania współpracy.
Pani/Pana dane:	nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji lub profilowaniu.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI**  
(osobiście)  
**W ZAKŁADZIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**W JĘDRZEJOWIE**

**Data sporządzenia:** .....

**Czy zgłoszenie ma charakter anonimowy: TAK / NIE**

**Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych: TAK / NIE**

1. Imię i nazwisko: .....  
(nie wymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego)

2. Dane kontaktowe: .....  
(nie wymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego)

3. Stanowisko lub funkcja (nie wymagane w przypadku zgłoszenia anonimowego)  
.....

4. Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowościach  
.....  
.....  
.....

5. Jakiego obszaru nieprawidłowości dotyczy Twoje zgłoszenie?

- Działania o charakterze korupcyjnym
- konflikt interesów
- mobbing
- inne

**Treść zgłoszenia**

Opisz szczegółowo swoje podejrzenia oraz okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz:

*(z poniższej listy możesz wybrać elementy, które najlepiej pasują do sytuacji, którą chcesz opisać)*

- a) Podaj dane osób, które dopuściły się nieprawidłowości, których dotyczy zgłoszenie (nazwiska, stanowiska).....  
.....  
.....
- b) Podaj dane osób, które mogły stać się ofiarami nieprawidłowości.....

- .....  
.....
- c) Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- d) Kiedy mniej więcej się zaczęło? Czy trwa nadal?  
.....  
.....
- e) Czy powiadomiłeś już kogoś o tej sprawie? Napisz kto to był (np. osoby w firmie, media, inne władze). .....
- .....  
.....
- f) Czy istnieją relacje pomiędzy wskazanymi powyżej osobami?  
.....  
.....
- g) Jakie skutki spowodowały lub mogą spowodować opisane przez Ciebie nieprawidłowości?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Fakultatywnie: Dowody i świadkowie**

Wskaż i dołącz posiadane dowody, potwierdzające opisywany stan oraz wskaż ewentualnie świadków.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:

- 1) działałam w dobrej wierze,
- 2) posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,
- 3) nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,
- 4) ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłam/łem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- 5) znana jest mi obowiązująca w Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jędrzejowie Procedura zgłaszania przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń (dotyczy zgłoszenia wewnętrznego).

.....  
data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia  
(nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimu)

---

### Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie:

.....  
(data, miejscowość)

### POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Niniejszym potwierdzam przyjęcie zgłoszenia nieprawidłowości, które zostało dokonane przez .....

lub anonimowo w dniu ..... i dotyczy nieprawidłowości polegającej na:

.....  
.....  
.....

mającej miejsce w .....

.....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie