

Załącznik nr 1

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
KARTA INFORMACYJNA
Nazwa sprawy: Zgłoszenie naruszeń/nieprawidłowości
I. Podstawa prawna · Zarządzenie nr 8/2024 z dnia 16.09.2024r Kierownika ZPOZ w Jędrzejowie
II. Opis ogólny · 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
III. Wymagane dokumenty · 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
IV. Opłaty · brak
V. Termin załatwienia sprawy · do trzech miesięcy
VI. Miejsce załatwienia sprawy · ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ul.B.Chrobrego 4 28-300 Jędrzejów parter , pokój nr 21
VII. Godziny pracy · od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00
VIII. Osoba odpowiedzialna · Ewa Bucka
IX. Uwagi Formy zgłoszenia nieprawidłowości/kanały zgłoszenia: · za pomocą poczty elektronicznej na adres: e.buckazpoz@gmail.com 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">1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,4. przenoszenia danych,5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,6. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
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 anonimowej)

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

