

**Karta zgłaszania naruszeń prawa  
w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu**

**Informacja:** Formularz służy zgłaszaniu naruszeń prawa w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu (dalej jako: Szpital). *Podane informacje są objęte poufnością na zasadach określonych w Regulaminie zgłaszania przypadków naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.*

Zgłoszenie może dotyczyć dokonanych naruszeń prawa lub takich, których nie popełniono, ale istnieje bardzo duże ryzyko ich wystąpienia lub prób ukrycia naruszeń.

**Nieprawidłowości, które zgłaszasz, dotyczą w szczególności obszarów (zakreśl właściwe):**

1. zamówień publicznych,
2. usług, produktów i rynków finansowych,
3. zapobiegania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu,
4. bezpieczeństwa produktów i ich zgodności z wymogami,
5. bezpieczeństwa transportu,
6. ochrony środowiska,
7. ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądrowego,
8. bezpieczeństwa żywności,
9. zdrowia publicznego,
10. ochrony konsumentów/ pacjentów,
11. ochrony prywatności i danych osobowych,
12. bezpieczeństwa sieci i systemów teleinformatycznych,
13. interesów finansowych Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej, jednostki samorządu terytorialnego oraz Unii Europejskiej,
14. rynku wewnętrznego Unii Europejskiej, w tym zasad konkurencji i pomocy państwa oraz opodatkowania osób prawnych,
15. konstytucyjnych wolności i praw człowieka i obywatela – występujących w stosunkach jednostki z organami władzy publicznej i niezwiązane z dziedzinami wskazanymi powyżej.

**1. Osoba składająca zgłoszenie.**

*W przypadku zgłoszenia składanego przez kilka osób, proszę wpisać je wszystkie.*

- **Imię i nazwisko**.....
- **Dane kontaktowe:** (e-mail, numer telefonu, adres – do wyboru przez osobę zgłaszającą)

.....

- **(zaznacz właściwe pole)**

- jestem pracownikiem
- jestem zleceniobiorcą/usługodawcą
- jestem byłym pracownikiem
- jestem kandydatem do pracy
- jestem wolontariuszem/praktykantem/stażystą
- pracuję w organizacji wykonawcy/podwykonawcy/dostawcy
- inne:

- **Stanowisko służbowe lub funkcja**

.....

## **2. Osoba pokrzywdzona – jeżeli dotyczy**

*Wypełnienie tego pola swoim imieniem i nazwiskiem nie będzie rozumiane jako podanie Twoich danych osobowych jako osoby zgłaszającej.*

- **Imię i nazwisko:**
- **Stanowisko służbowe:**

## **3. Osoba, której działania lub zaniechania zgłoszenie dotyczy.**

*W przypadku zgłoszenia dotyczącego kilku osób proszę wpisać je wszystkie.*

- **Imię i nazwisko:**
- **Stanowisko służbowe:**

## **4. Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości. Jakie nieprawidłowości zgłaszasz ?**

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

## **5. Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowościach. W jaki sposób doszło do nieprawidłowości i z jakiego powodu?**

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

**6. Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości.**

.....  
.....

**7. Czy zgłaszałeś/zgłaszałaś te nieprawidłowości już wcześniej? Jeśli tak, to kiedy, komu i w jakiej formie? Czy otrzymałeś/otrzymałaś odpowiedź na zgłoszenie?**

.....

**Czy chcesz dodać coś jeszcze w sprawie zgłoszenia?**

.....  
.....

**8. Wskazanie ewentualnych świadków.**

.....

**9. Moje dane osobowe: (zakreśl właściwe pole)**

**proszę ujawnić**

**proszę utajnić, nie ujawniać**

**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 ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- 5) znany mi jest obowiązujący Regulamin zgłaszania przypadków naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

**Data i podpis osoby składającej zgłoszenie .....**

**Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie .....**