

**Formularz zgłoszenia nieprawidłowości  
w Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim**

1. **Data sporządzenia**.....**Numer zgłoszenia** .....
2. **Osoba dokonująca zgłoszenia:**  
imię i nazwisko.....  
adres.....  
numer kontaktowy.....
3. **Jakiego rodzaju nieprawidłowości dotyczy Twoje zgłoszenie?**  
 działania o charakterze korupcyjnym  
 konflikt interesów  
 zamówienia publiczne  
 inne
4. **Czy zgłoszenie nieprawidłowości zostało skierowane do innego organu/instytucji/biura/komórki itp.?**  
 nie  
 tak  
Adresat:.....
5. **Podstawowe informacje o zgłaszanej nieprawidłowości:**  
data/okres:.....  
miejsce wystąpienia.....  
opis zdarzenia (*opisz szczegółowo podejrzenia oraz okoliczności ich zajścia zgodnie z wiedzą, którą posiadasz*)  
.....  
.....  
.....  
.....
6. **Wskazanie osoby, której dotyczy zgłoszenie:**  
imię i nazwisko.....  
dane kontaktowe (jeżeli możliwe do ustalenia).....
7. **Wskazanie ewentualnych świadków:**  
1) imię i nazwisko.....  
dane kontaktowe (jeżeli możliwe do ustalenia).....  
2) imię i nazwisko.....  
dane kontaktowe (jeżeli możliwe do ustalenia).....  
3) imię i nazwisko.....  
dane kontaktowe (jeżeli możliwe do ustalenia).....
8. **Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości:**  
.....  
.....
9. **Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia:**  
Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:  
1) działam 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/am wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- 5) znana jest mi obowiązująca w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim procedura zgłaszania przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń,
- 6) jestem w pełni świadom możliwości konsekwencji prawnych związanych ze zgłoszeniem nieprawidłowości dokonanym w złej wierze,
- 7) zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej załączonej do niniejszego zgłoszenia nieprawidłowości.

.....  
data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

.....  
data i podpis przyjmującego zgłoszenie

### Klauzula informacyjna dla sygnalistów

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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; RODO) informujemy, że dane, które przetwarzamy otrzymaliśmy bezpośrednio od osoby której dotyczą lub zostały nam przekazane przez osoby zgłaszające nieprawidłowość.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim, z siedzibą przy Alejach Grunwaldzkich 1, 22-600 Tomaszów Lubelski.
2. Dane kontaktowe administratora danych osobowych oraz inspektora ochrony danych.  
Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres email sekretariat@szpital-tomaszow.pl lub telefonicznie pod numerem Informacji +48 84 664 44-11 do 19 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail inspektorod@szpital-tomaszow.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celach:
  - a) podjęcia działań związanych z ustaleniem, czy będące przedmiotem zgłoszenia działanie lub zaniechanie stanowi rzeczywiste lub potencjalne naruszenie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przyjętych w Podmiocie leczniczym procedur przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, procedur antykorupcyjnych, procedur antymobbingowych oraz innych przepisów obowiązującego prawa,
  - b) wykonania wobec zgłoszenia czynności, o których mowa w Procedurze zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszenia, czyli:
    - pozostawić bez rozpatrzenia,
    - przekazać do weryfikacyjnego w celu wyjaśnienia,
    - przekazać do osoby nadzorującej obszar Kadr,
    - przekazać do osoby nadzorującej obszar Finansów,
    - przekazać do obsługującego placówkę radcy Prawnego,
    - przygotować do przekazania do organów ścigania.

4. Podstawą prawną przetwarzania przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Pani/Pana danych osobowych w celach wskazanych w ust. 3 powyżej jest:
  - a) wypełnianie obowiązków prawnych (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO) ciążyących na Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej na podstawie przepisów prawa wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie nadużyć na rynku,
  - b) prawnie uzasadniony interes Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
  - c) dobrowolnej zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej uprawnionym podmiotom, jeśli zajdzie taka konieczność w związku z weryfikacją zgłoszenia, w trybie określonym przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe zwarte i będące częścią dokumentacji sprawy, przetwarzane będą przez okres 5 lat, licząc kalendarzowego w którym wypada usunięcie danych w trakcie corocznej inwentaryzacji danych osobowych od wpłynięcia zgłoszenia.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do rozpoczęcia czynności związanych z rozpatrzeniem zgłoszonej nieprawidłowości zgodnie z pkt. 3 powyżej.
8. Przysługują Pani/Panu prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:
  - prawo dostępu do treści swoich danych,
  - prawo do sprostowania danych osobowych,
  - prawo do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania,
  - prawo do przenoszenia danych, tj. prawo otrzymania od Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, aby Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej przesłał dane do innego administratora. Jednakże Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej zrobi to, tylko jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe. Prawo do przenoszenia danych osobowych przysługuje tylko co do tych danych przetwarzanych na podstawie umowy z Panią/Panem,
  - prawo wniesienia sprzeciwu - w przypadkach, kiedy Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie swojego prawnie uzasadnionego interesu; sprzeciw można wyrazić ze względu na szczególną sytuację na adres poczty elektronicznej: inspektorod@szpital-tomaszow.pl lub adres siedziby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
data i podpis przyjmującego zgłoszenie

PIA ADW  
Piotr  
/2 22-  
0122-27

