

Załącznik nr 1 do Regulaminu do spraw zgłoszeń
WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie

Karta zgłoszenia

1. Nazwisko i imię.....
Dane kontaktowe (adres korespondencyjny lub adres e-mail):
2. Stanowisko lub funkcja
3. Data oraz miejsce zaistnienia nieprawidłowości lub data i miejsce pozyskania informacji o nieprawidłowościach:
.....
4. Opis sytuacji lub okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości:
.....
5. Wskazanie osoby (osób), której dotyczy zgłoszenie
.....
6. Wskazanie ewentualnych świadków
.....
1. Wskazanie ewentualnych dowodów i informacji, jakimi dysponuje zgłaszający, które mogą okazać się pomocne w procesie rozpatrywania nieprawidłowości
.....
8. Wnoszę o utajnienie moich danych osobowych tak nie
9. Oświadczenie osoby dokonującej zgłoszenia.
Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia:
 - działam w dobrej wierze;
 - posiadam uzasadnione przekonanie , że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe;
 - nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści;
 - ujawnione informacje są zgodne ze stanem mojej wiedzy i ujawniłem wszystkie znane mi fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
 - znany jest mi obowiązujący w WSPRiTŚ „Meditrans” SPZOZ w Warszawie Regulamin zgłoszeń wewnętrznych do zgłaszania przypadków nieprawidłowości oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń.

.....
data i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia „Sygnalisty”