

**KARTA/PROTOKÓŁ\* ZGŁOSZENIA NARUSZENIA PRAWA  
w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ w Gdańsku**

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej	Dane kontaktowe osoby zgłaszającej (adres e-mail lub adres korespondencyjny) jeżeli chce być informowana o wynikach działań w związku z dokonaniem zgłoszenia

**Jestem (zaznaczyć właściwe pole):**

- pracownikiem - stanowisko i miejsce pracy .....
- żołnierzem - stanowisko i miejsce pracy .....
- przewodniczącym/członkiem rady społecznej (*właściwe podkreślić*)
- byłym pracownikiem - stanowisko i miejsce pracy z okresu zatrudnienia .....
- kandydatem do pracy
- stażystą/praktykantem/wolontariuszem (*właściwe podkreślić*)
- osobą współpracującą na podstawie umowy cywilnoprawnej
- osobą świadczącą pracę pod nadzorem i kierownictwem wykonawcy, podwykonawcy lub dostawcy  
nazwa firmy .....
- inne .....

**Zgłaszane naruszenie dotyczy (zaznaczyć właściwe pole)**

- korupcji;
- zamówień publicznych;
- usług, produktów i rynków finansowych;
- zapobiegania praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;
- bezpieczeństwa produktów i ich zgodności z wymogami;
- bezpieczeństwa transportu;
- ochrony środowiska;
- ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądowego;
- bezpieczeństwa żywności i pasz;
- zdrowia i dobrostanu zwierząt;
- zdrowia publicznego;
- ochrony konsumentów;
- ochrony prywatności i danych osobowych;
- bezpieczeństwa sieci i systemów teleinformatycznych;
- interesów finansowych Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej, jednostki samorządu terytorialnego oraz Unii Europejskiej;
- rynku wewnętrznego Unii Europejskiej, w tym publicznoprawnych zasad konkurencji i pomocy państwa oraz opodatkowania osób prawnych;
- konstytucyjnych wolności oraz praw człowieka i obywatela występujących w stosunkach jednostki z organami władzy publicznej i nie związanych z dziedzinami wskazanymi powyżej.

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

--

**Szczegółowy opis zgłaszanego naruszenia lub opis okoliczności stwarzających możliwość wystąpienia naruszenia**

**Dane osób, które dopuściły się naruszenia, niezbędne do ich identyfikacji (imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy)**

**Wskazanie ewentualnej osoby pokrzywdzonej**

**Wskazanie osoby pomagającej w dokonaniu zgłoszenia oraz osoby powiązane**

**Wskazanie dowodów istotnych dla sprawy, jakimi dysponuje sygnalista, w tym dokumentów oraz ewentualnych świadków naruszenia**

**Wyrażenie zgody na ujawnienie swojej tożsamości osobom nieuprawnionym (właściwe zaznaczyć)**

TAK

NIE

**Informacje, które nie zmieściły się w formularzu, proszę podać na oddzielnej kartce i załączyć do niniejszego zgłoszenia.**

**Pouczenie:** Na podstawie art. 57 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów kto dokonuje zgłoszenia lub ujawnienia publicznego, wiedząc, że do naruszenia prawa nie doszło, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

.....  
Data sporządzenia zgłoszenia i czytelny podpis osoby dokonującej zgłoszenia

.....  
Data sporządzenia zgłoszenia i czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie\*

\* niepotrzebne skreślić