

Załącznik nr 1
do Procedury zgłaszania naruszeń i zasad ochrony sygnalistów

WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA NARUSZENIA

Imię i nazwisko zgłaszającego: Stanowisko: Kontakt (tel./e-mail/adres):				
Status osoby dokonującej zgłoszenia		<input type="checkbox"/> pracownik <input type="checkbox"/> klient <input type="checkbox"/> kontrahent <input type="checkbox"/> dostawca <input type="checkbox"/> współpracownik (umowa cywilnoprawna / gospodarcza) <input type="checkbox"/> inne		
SZCZEGÓŁY ZGŁOSZENIA				
1	Stanowisko/komórka organizacyjna której dotyczy zgłoszenie			
2	Podstawowe informacje dotyczące zgłaszanej nieprawidłowości	Termin: Miejsce: Opis zdarzenia:		
3	Świadkowie (jeśli ich personalia możliwe do ustalenia)	L.p.	Imię i nazwisko	Dane kontaktowe
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

4	Wykaz dowodów	L.p.	Nazwa dowodu	Znaczenia dowodu dla sprawy wraz z Informacją, gdzie można go pozyskać (jeśli dowód nie jest załączony do Formularza Zgłoszenia)
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
5	Załączniki	L.p.	Nazwa załącznika	
		1	Klauzula informacyjna RODO dla Sygnalisty	
		2		
		3		
		4		
		5		
6	Oświadczenie i podpisy Daty	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść Klauzuli informacyjnej RODO, załączonej do Formularza Zgłoszenia		
		<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż jestem w pełni świadomy/-a możliwych konsekwencji prawnych związanych ze zgłoszeniem nieprawidłowości dokonany w złej wierze, tj. gdy wiem lub przy zachowaniu należytej staranności powinienem wiedzieć, że zgłaszane nieprawidłowości są nieprawdziwe lub nie mają uzasadnionych podstaw, a wszczęte postępowanie może nieść dla jego adresata negatywne konsekwencje.		
		<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymanie potwierdzenia przyjęcia niniejszego zgłoszenia.		
		Miejsce i data		Podpis

Oświadczenie przyjmującego zgłoszenie:

Data wpływu	Sposób przyjęcia zgłoszenia	Nr rejestru	Podpis
	<input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> drogą e-mailową <input type="checkbox"/> pocztą tradycyjną		

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Mazowieckie Centrum Stomatologii Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-301), przy ul. Nowy Zjazd 1**
2. Inspektorem ochrony danych jest **Pani Iga Paplińska**. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, proszę nie wahać się skontaktować z nim pod adresem: iod@mcs-przychodnia.pl. lub nr tel.: 22 5569400.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z sygnalizowaniem nieprawidłowości, na podstawie **art. 6 ust. 1 pkt c** RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe przekazane na podstawie pkt. 3 będą przechowywane przez okres 2 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przypadał ostatnio wyznaczony termin wizyty.
5. Do treści swoich danych, udostępnionych na podstawie pkt. 3, przysługuje Pani/Panu prawo do ich dostępu oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest **dobrowolne**.
8. Dane osobowe zawarte w zgłoszeniu będą przetwarzane przez okres 10 lat od wpłynięcia zgłoszenia.
9. Dane osobowe mogą być ujawniane przez Administratora uprawnionym podmiotom, jeśli zajdzie taka potrzeba w związku z weryfikacją zgłoszenia, w trybie określonym przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.
10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany.