

<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA</b>	
Data i miejsce zgłoszenia:	
Forma zgłoszenia <input type="checkbox"/> OSOBISTE PISEMNE <input type="checkbox"/> SPOTKANIE BEZPOŚREDNIE <input type="checkbox"/> ROZMOWA TELEFONICZNA	
<b>INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁSZAJĄCEGO - SYGNALISTY</b>	
Imię i nazwisko:	
Dane kontaktowe: (adres/ telefon)	
Adres e-mail:	
PROSZĘ O UTAJNIENIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	
ZGŁOSZENIE ANONIMOWE (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	
STATUS SYGNALISTY (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> pracownik Pallmed sp. z o.o. <input type="checkbox"/> były pracownik Pallmed sp. z o.o. <input type="checkbox"/> kandydat do pracy w Pallmed sp. o.o. <input type="checkbox"/> współpracownik (inna forma zatrudnienia, np. zlecenie, kontrakt itp.) <input type="checkbox"/> usługodawca (wykonawca/ dostawca) <input type="checkbox"/> stażysta/ praktykant <input type="checkbox"/> wolontariusz <input type="checkbox"/> <i>pracownik wykonawcy /dostawcy</i> <input type="checkbox"/> inny (jaki?)

<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA</b>	
<b>INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁASZANEJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA</b>	
<b>MIEJSCE NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA KOMÓRKA ORGANIZACYJNA (zaznacz właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> Pallmed sp. z o.o. <input type="checkbox"/> Hospicjum Stacjonarne Dom Sue Ryder w Bydgoszczy <input type="checkbox"/> Zakład Opieki Leczniczej w Żninie <input type="checkbox"/> Hospicjum Domowe dla Dorosłych (jakie województwo?) <input type="checkbox"/> Hospicjum Domowe dla Dzieci (jakie województwo?) <input type="checkbox"/> Poradnia Żywienia Dojelitowego (jakie województwo?) <input type="checkbox"/> Domowe Leczenie Respiratorem (jakie województwo?) <input type="checkbox"/> Poradnia Psychogeriatryczna <input type="checkbox"/> Oddział Dzienny Psychiatryczny Geriatryczny <input type="checkbox"/> Leczenie Środowiskowe Psychogeriatryczne <input type="checkbox"/> inny (jaki?)
Data lub przybliżona data wystąpienia nieprawidłowości (czy nadal trwa?)	
Data pozyskania informacji przez Zgłaszającego na temat nieprawidłowości:	
Dane osoby (osób), która dopuściła się nieprawidłowości (imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy)	
Dane osoby (osób), która mogła stać się ofiarą nieprawidłowości (imię, nazwisko, stanowisko, miejsce pracy)	
<b>CHARAKTER NIEPRAWIDŁOWOŚCI (zaznacz właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> podejrzenie przygotowania, usiłowania lub popełnienia czynu zabronionego <input type="checkbox"/> niedopełnienie obowiązków lub nadużycie uprawnień <input type="checkbox"/> niezachowania należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach <input type="checkbox"/> nieprawidłowości w działalności podmiotu <input type="checkbox"/> naruszenie wewnętrznych standardów i przepisów prawa <input type="checkbox"/> inne (jakie?)

**FORMULARZ**  
**ZGŁOSZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA**

Opis sytuacji i okoliczności, które doprowadziły lub mogą doprowadzić do wystąpienia nieprawidłowości

(prosimy o szczegółowy opis sytuacji i okoliczności lub uzasadnione obawy zajścia nieprawidłowości - zgodnie z posiadaną wiedzą wskazanie okoliczności skutków spowodowanych lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych nieprawidłowości - o ile są znane)

Skutki nieprawidłowości -> rzeczywiste i potencjalne

(prosimy o wskazanie skutków spowodowanych lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych nieprawidłowości - o ile są znane, wskaż ewentualne ryzyka)

Działania podjęte w celu wyeliminowania nieprawidłowości bądź ich skutków

(prosimy o wskazanie działań, w tym wcześniejsze zgłoszenia np. do przełożonych)

Dowody i informacje

(prosimy o wskazanie posiadanych dowodów, potwierdzających stan faktyczny, np. dokumenty, świadkowie, oraz załączenie ich do zgłoszenia)

**FORMULARZ**  
**ZGŁOSZENIE NIEPRAWIDŁOWOŚCI NARUSZENIA PRAWA**

Czy nieprawidłowości zostały zgłoszone także do innego organu? *(zaznacz właściwe)*

**TAK**                       **NIE**

Jeżeli tak, to do jakiego?

**OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ/ SYGNALISTY**

Oświadczam, że dokonując niniejszego zgłoszenia nieprawidłowości naruszenia prawa:

- działałam w dobrej wierze,
- posiadam uzasadnione przekonanie, że zawarte w ujawnionej informacji zarzuty są prawdziwe,
- nie dokonuję ujawnienia w celu osiągnięcia korzyści,
- ujawniam informacje, które są zgodne ze stanem mojej wiedzy i są to wszystkie znane fakty i okoliczności dotyczące przedmiotu zgłoszenia,
- zapoznałam się z obowiązującymi w Pallmed dokumentami w tym zakresie (patrz poniżej);

\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis osoby zgłaszającej nieprawidłowości  
(nie dotyczy zgłoszenia w formie anonimowego)

**POUCZENIE**

1. W przypadku ustalenia w wyniku wstępnej analizy Zgłoszenia albo w toku Postępowania wyjaśniającego, iż w Zgłoszeniu świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, Sygnalista będący pracownikiem, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu pracy. Zachowanie takie może być również potraktowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.
2. W przypadku Sygnalisty, będącego współpracownikiem (na innej formie zatrudnienia np. zlecenie, kontrakt itp.) lub pracownikiem wykonawcy/dostawcy, świadczącym usługi na rzecz Pallmed sp. z o.o. ustalenie dokonania fałszywego Zgłoszenia skutkować może rozwiązaniem umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami.
3. Niezależnie od skutków wskazanych w ust. 1 i 2 powyżej, Sygnalista świadomie dokonujący fałszywego Zgłoszenia nieprawidłowości może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie Pallmed sp. z o.o. w związku z fałszywym Zgłoszeniem.