



ZGŁOSZENIE WEWNĘTRZNE

Dane zgłaszającego

- Imię, nazwisko
- Adres kontaktowy:
- Telefon:
- E-Mail:

Zakres dokonywanego zgłoszenia

Niniejszym oświadczam, że dokonywane zgłoszenie wewnętrzne dotyczy następującego zakresu (należy zaznaczyć właściwy):

korupcji;
zamówień publicznych;
usług, produktów i rynków finansowych;
przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
bezpieczeństwa produktów i ich zgodności z wymogami;
bezpieczeństwa transportu;
ochrony środowiska;
ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądrowego;
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 i praw człowieka i obywatela - występujące w stosunkach jednostki z organami władzy publicznej i niezwiązane z dziedzinami wskazanymi powyżej;

Opis nieprawidłowości ze wskazaniem daty wystąpienia oraz przebiegu zdarzeń, których dotyczy zgłoszenie





WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. BŁOGOSŁAWIONEGO KSIĘDZA JERZEGO POPIEŁUSZKI WE WŁOCŁAWKU

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje, wedle mojej najlepszej wiedzy są prawdziwe, jak również, że dotyczą działalności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

Nadto załączam poniżej wskazane dokumenty:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Włocławek, dn. _____



**KUJAWY
POMORZE**



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

ul. Wieniecka 49, 87 - 800 Włocławek
NIP: 888 311 78 73; REGON: 341411727
www.szpital.wloclawek.pl; sekretariat@szpital.wloclawek.pl
tel. 54 412 90 00