

**PROTOKÓŁ INCYDENTU KORUPCYJNEGO
W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W CHORZOWIE**

1.	Nr zgłoszenia	
2.	Data zgłoszenia	
3.	Forma zgłoszenia	
4.	Opis incydentu	
5.	Osoba zgłaszająca	
6.	Ocena zasadności dokonanego zgłoszenia	
7.	Dodatkowe niezbędne informacje	
8.	Podpisy członków Komisji ds. Przeciwdziałania Korupcji	

**REJESTR ZGŁOSZONYCH INCYDENTÓW KORUPCYJNYCH
W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W CHORZOWIE**

Lp.	Nr zgłoszenia	Data zgłoszenia	Rodzaj incydentu	Miejsce wystąpienia incydentu	Uwagi



**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY DYREKTORA SZPITALA/ ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA
NA SPOTKANIE Z PRZEDSTAWIELEMI FIRMY**

Zwracam się z prośbą o możliwość zorganizowania spotkania z Przedstawicielem Firmy:

Nazwa firmy:

Adres:

NIP: REGON:

Imię i nazwisko Przedstawiciela Firmy

Dane kontaktowe przedstawiciela (nr tel., adres email):

w celu zapoznania się z ofertą w/w firmy, której weryfikacja i analiza przyczyni się do wyboru produktów/usług zapewniających efektywność i ekonomizację prowadzonej w Szpitalu działalności.

Osobami uczestniczącymi w spotkaniu z ramienia Szpitala będą (imię i nazwisko pracownika):

.....

Termin spotkania: godz., przewidywany czas trwania

Pracownik sporządzający protokół:

Nazwa i ogólny opis produktu/usługi, będącej przedmiotem oferty prezentowanej w trakcie spotkania:

.....
.....
.....

.....
data i podpis pracownika Szpitala

Oświadczenie przedstawiciela firmy

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Procedurą postępowania antykorupcyjnego w zakresie kontaktów pracowników z przedstawicielami: firm farmaceutycznych, producentów i dostawców wyrobów medycznych oraz innych dostawców towarów i usług obowiązującą w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie.

.....
data i podpis Przedstawiciela Firmy

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody

.....
data i podpis Dyrektora Szpitala/
Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

