

Załącznik nr 5

Do Procedury zgłoszeń wewnętrznych

w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej

w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim

.....
pieczęć

.....
(miejsowość, data)

**Potwierdzenie
sygnałście przyjęcia zgłoszenia naruszenia prawa**

Pani/Pan

.....

Na podstawie § 5 Procedury zgłoszeń wewnętrznych w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, potwierdzam przyjęcie zgłoszenia naruszenia prawa, dokonane (pisemnie, ustnie) w dniu

Pani/Pana dane osobowe oraz inne dane pozwalające na ustalenie Pani/Pana tożsamości nie podlegają ujawnieniu, chyba, że wyrazi Pani/Pan na to zgodę. Podane informacje objęte są poufnością w zakresie tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia i osoby, której dotyczy zgłoszenie.

Ponadto, informuję, że informacja zwrotna w zakresie planowanych lub podjętych działań następczych w związku ze zgłoszeniem naruszenia prawa wraz z podaniem powodów takich działań, nastąpi w terminie nieprzekraczającym 3 miesięcy od potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia, tj. do dnia* na adres podany w zgłoszeniu.

.....