

Formularz zgłoszenia

Dane sygnalisty*

1. Imię i nazwisko:
2. Telefon kontaktowy/e-mail:
3. Miejsce pracy:
4. Stanowisko pracy:

Opis podejrzenia naruszenia prawa wraz z uzasadnieniem i wskazaniem okoliczności faktycznych.

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

Data/termin zdarzenia (jeżeli dotyczy):

.....

Podpis osoby składającej zgłoszenie

.....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

*W przypadku woli przekazania zgłoszenia anonimowego wskazanych danych osobowych nie należy podawać

Obowiązek informacyjny:

1. Administratorem danych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Giżycku, ul. Obwodowa 3, 11-500 Giżycko
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem oklinska@togatus.pl
3. Pełna treść klauzuli znajduje się <https://wsplek.pl/ochrona-danych>