

**REJESTR ZGŁOSZEŃ WEWNĘTRZNYCH**  
**naruszeń prawa w Kujawsko – Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszcy**

..... rok

Numer zgłoszenia	Przedmiot naruszenia prawa	Dane osobowe sygnalisty oraz osoby, której dotyczy zgłoszenie, niezbędne do identyfikacji tych osób	Adres do kontaktu sygnalisty	Data dokonania zgłoszenia	Podjęte działania następcze	Data zakończenia sprawy

.....  
podpis osoby odpowiedzialnej za prowadzenie rejestru

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)