



SZPITAL PUCKI
sp. z o.o.

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY bądź zmian danych DLA UMÓW KONTRAKTOWYCH

w Szpital Pucki Sp. z o.o.

Puck, dnia

Dla przedstawienia NOWYCH / ZMIENIONYCH danych proszę wskazać tylko te które uległy zmianie

IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
NAZWA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ			
NIP		PESEL	
NR TELEFONU		E-MAIL	
NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU			
ADRES	DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ		
	KORRESPONDENCJI		
DANE KONTAKTOWE WSKAZANEJ OSOBY W RAZIE WYPADKU		imię nazwisko, nr tel. – podanie danych jest dobrowolne	
Dokonano weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym (RSTPS)		NIE WYSTĘPUJE WYSTĘPUJE	DATA imię, nazwisko, stanowisko Weryfikującego

- Oświadczam, iż podane dane są prawdziwe.
- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu moich danych osobowych w procesie zatrudnienia.
- Zobowiązuję się zawiadamiać Szpital Pucki sp. z o.o. o wszelkich zmianach w/w danych w terminie 7 dni od ich nastąpienia.
- Oświadczam, że zapoznam się i będę przestrzegać wewnętrznych regulacji Szpitala Puckiego Sp. z o.o., w tym:
 - Regulaminem Pracy,
 - Regulaminem Organizacyjnym,
 - Procedurą przeciwdziałania mobbingowi, dyskryminacji i molestowaniu seksualnemu oraz ograniczania ryzyka związanego z konfliktami w miejscu pracy,
 - Systemem Zarządzania Jakością,
 - Polityką kadrową,
 - Regulaminem ocen pracowniczych,
 - procedurami związanymi z COVID-19,
 - Procedurą dotyczącą szkoleń,
 - Zarządzeniami wewnętrznymi Prezesa w zakresie kompetencji mojego stanowiska pracy,
 - Kodeksem Etyki,
 - Instrukcją Bezpieczeństwa Pożarowego, obowiązującą dla budynku oraz instrukcjami stanowiskowymi BHP,
 - Polityką Bezpieczeństwa Informacji.
- Lista niezbędnych dokumentów jako załączniki:

Dokument potwierdzający wykształcenie (dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacja, certyfikat)	
Dla pracownika medycznego: Polisa OC	
Orzeczenie lekarskie + dla pracownika medycznego: Orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych	
Aktualne szkolenie BHP	

podpis Zleceniobiorcy: