Załącznik nr 1
do Zarządzenia wewnętrznego
nr 152/2026 z dnia 18.08.2026 r.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA ANTYKORUPCYJNEGO W KONTAKTACH PRACOWNIKÓW Z PRZEDSTAWICIELAMI: FIRM FARMACEUTYCZNYCH, PRODUCENTÓW I DOSTAWCÓW WYROBÓW MEDYCZNYCH ORAZ INNYCH DOSTAWCÓW TOWARÓW I USŁUG W ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Poznań – 2026 r.

Wydanie VI

§ 1

Cel procedury

1. Celem Procedury postępowania antykorupcyjnego w kontaktach pracowników z przedstawicielami: firm farmaceutycznych, producentów i dostawców wyrobów medycznych oraz innych dostawców towarów i usług (zwanymi dalej „przedstawicielami firm") w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zwanym dalej „Szpitalem" jest:
   1) przeciwdziałanie zjawiskom skutkującym obniżeniem standardów etycznych, w szczególności zachowaniom o charakterze korupcyjnym wszystkich zatrudnianych w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w kontaktach z przedstawicielami firm,
   2) uregulowanie zasad kontaktów przedstawicieli firm z uprawnionym personelem Szpitala,
   3) zwiększenie bezpieczeństwa Szpitala i pracowników poprzez wyeliminowanie lub znaczące ograniczenie ryzyk naruszenia przepisów prawa,
   4) określenie zasad postępowania w przypadku otrzymywania korzyści przez pracowników,
   5) określenie zasad postępowania w przypadku zaistnienia konfliktu interesów,
   6) określenie zasad postępowania w przypadku wystąpienia naruszenia,
   7) ustalenie osób odpowiedzialnych oraz podmiotu wykonującego funkcję nadzoru w procedurze postępowania antykorupcyjnego,
   8) określenie wewnętrznych przepisów wykonawczych w związku z obowiązkami nałożonymi na Szpital przez podmiot tworzący, wynikającymi z treści Procedury postępowania antykorupcyjnego w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, bądź w których posiada co najmniej 51% kapitału zakładowego.
2. Procedura dotyczy wszystkich pracowników Szpitala niezależnie od ich stanowiska i wykonywanych lub powierzonych obowiązków.

§ 2

Definicje użytych pojęć i skrótów

1. **Procedura** – należy przez to rozumieć Procedurę postępowania antykorupcyjnego w kontaktach pracowników z przedstawicielami: firm farmaceutycznych, producentów i dostawców wyrobów medycznych oraz innych dostawców towarów i usług

w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

2. **Szpital (Podmiot leczniczy)**– należy przez to rozumieć Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
3. **Dyrektor Szpitala** – należy przez to rozumieć Dyrektora Szpitala, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
4. **Pracownik/personel** – osoba/y zatrudniona/ne w Szpitalu na podstawie umowy o pracę lub w oparciu o umowę cywilnoprawną, na mocy której osoba ta zobowiązana jest do stosowania wewnętrznych regulacji Szpitala.
5. **Przedstawiciel firmy** – osoba odpowiedzialna za pozyskiwanie i obsługę klientów dla zatrudniającej go firmy, będącej firmą farmaceutyczną lub będącej producentem i/lub dostawcą wyrobów medycznych i/lub sprzętu niemedycznego, lub innych towarów/usług związanych
   z działalnością Szpitala.
6. **Uprawniony pracownik Szpitala** – należy przez to rozumieć pracownika o którym mowa w ust. 4, , do kontaktów z przedstawicielami firm, tj. kierownicy klinik, lekarze kierujący oddziałami, poradniami, inni kierownicy komórek organizacyjnych, lub wskazani przez nich podlegli im pracownicy.
7. **Firma** – należy przez to rozumieć podmiot opracowujący na podstawie badań naukowych nowe produkty lecznicze i/lub podmiot będący producentem i/lub dostawcą wyrobów medycznych oraz podmiot będący dostawcą innych towarów i usług związanych z działalnością Szpitala.
8. **Spotkanie z przedstawicielem firmy** - należy przez to rozumieć spotkanie przedstawiciela firmy
   z personelem Szpitala, organizowane w celu prezentacji towarów/usług, które mogą być w przyszłości przedmiotem zakupów realizowanych przez Szpital.
9. **Komórka organizująca spotkanie -** komórka organizacyjna w strukturze Szpitala, w której zatrudniony jest, lub w ramach której udziela świadczeń uprawniony pracownik Szpitala, organizujący spotkanie z przedstawicielem firmy.
10. **Konferencja** - należy przez to rozumieć konferencje naukowe, spotkania informacyjne, promocyjne, naukowe lub zawodowe, kongresy, sympozja, spotkania badaczy, szkolenia i inne tego typu wydarzenia, organizowane przez podmioty zewnętrzne.

11. **Kierownik Apteki Szpitalnej** – należy przez to rozumieć Kierownika Apteki Szpitala, o którym mowa w ust. 2.
12. **Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji** – osoba powołana na podstawie odrębnego Zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Szpitala, którego zadania zostały zapisane w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.
13. **Naruszenie** – jest to sytuacja obejmująca następujące stany faktyczne:
    1) zdarzenia o charakterze korupcyjnym lub rodzącym możliwość podejrzenia korupcji zaistniałe na terenie Szpitala lub dotyczące jego pracowników, dokonane w związku z realizacją zadań Szpitala (dalej: „Zdarzenie Korupcyjne"),
    2) inne zachowanie sprzeczne z prawem,
    3) zachowanie sprzeczne z procedurami wewnętrznymi Szpitala.
14. **Konflikt Interesów** – to sytuacja, w której możliwe jest, że na działania zawodowe Pracownika, oprócz czynników wynikających z wiedzy, doświadczenia zawodowego i uznanych zasad oraz wartości mogą mieć wpływ oczekiwane lub zrealizowane korzyści, w szczególności związane z procedurą zamówienia publicznego oraz relacją z Firmą, biorącą udział w zamówieniu publicznym organizowanym przez Szpital lub oferującą w nim swoje produkty.
15. **Korzyść**:
    1) **Korzyścią materialną** są w szczególności wszelkie korzyści, które posiadają wartość finansową, takie jak np. pieniądze, bony, przedmioty, rabaty, wycieczki, uzyskanie dokumentów, pozwoleń lub zaświadczeń, pozostające w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacją innych zadań Szpitala,
    2) **Korzyścią osobistą** są w szczególności takie korzyści, jak np. przyznanie odznaczeń, orderów, wyróżnień, dyplomów, obietnica pracy lub zlecenia, awansu, zmniejszenia obowiązków służbowych itp., pozostające w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacji innych zadań Szpitala,
    3) **Nie uznaje się za korzyść** w ujęciu niniejszej Procedury drobnych, zwyczajowo przyjętych dowodów wdzięczności pacjentów o niewielkiej wartości materialnej, pod warunkiem,

       że Korzyść materialna nie wpływa w żadnym stopniu na obiektywizm decyzji podejmowanych przez Pracownika ani Korzyść osobista nie wpływa negatywnie na dobre imię Szpitala oraz nie ma powtarzalnego lub trwałego charakteru.

§ 3

Przedmiot regulacji

1. Ustalenie trybu postępowania przy organizacji spotkań personelu z przedstawicielami firm.
2. Ustalenie trybu postępowania w przypadkach sponsorowanego przez firmy udziału personelu Szpitala w konferencjach.
3. Wskazanie podmiotów uczestniczących w Procedurze.
4. Określenie zakresu zadań podmiotów uczestniczących w Procedurze.
5. Ustalenie wzorów dokumentów określonych w niniejszej Procedurze.
6. Ustalenie podmiotu wykonującego funkcję nadzoru w Procedurze.

§ 4

Podmioty uczestniczące w Procedurze

1. Podmiotami uczestniczącymi w wykonywaniu zadań objętych niniejszą Procedurą są: Dyrektor Szpitala, uprawniony personel Szpitala, Kierownik Apteki Szpitalnej, Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji.
2. Osobą odpowiedzialną za przyjęcie Procedury oraz nadzór nad jej wdrożeniem jest Dyrektor Szpitala.
3. Dyrektor Szpitala, uprawnieni Pracownicy Szpitala, Kierownik Apteki Szpitalnej są odpowiedzialni za podejmowanie środków organizacyjnych, kadrowych i technicznych mających na celu przeciwdziałanie tworzeniu otoczenia sprzyjającego przypadkom popełnienia przestępstw korupcyjnych.
4. Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji jest odpowiedzialny za przygotowanie, opiniowanie dokumentów dotyczących działań antykorupcyjnych, inicjowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości pracowników w zakresie zasad odpowiedzialności karnej za przestępstwa, podnoszenie standardów etycznych, wsparcie pracowników i komórek organizacyjnych w obszarze antykorupcyjnym, jak również w inicjowaniu działań w zakresie przeciwdziałania korupcji oraz innych zadań określonych w Procedurze regulującej postępowanie w przypadku wystąpienia Naruszenia, innego naruszenia Procedury lub wystąpienia Konfliktu Interesów.

§ 5

Zakres zadań podmiotów uczestniczących w Procedurze

1. Określa się następujący zakres zadań Dyrektora Szpitala:

1) Podejmowanie decyzji w sprawie wyrażenia zgody, bądź odmowy wyrażenia zgody na spotkanie Przedstawiciela Firmy z uprawnionym pracownikiem Szpitala i personelem oraz na udział pracowników Szpitala w sponsorowanych przez Firmy konferencjach/szkoleniach.

2. Określa się następujący zakres zadań uprawnionych Pracowników Szpitala:
   1) Niezwłoczne informowanie Dyrektora Szpitala oraz Pełnomocnika ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji o otrzymaniu zaproszenia do udziału w sponsorowanych przez firmę konferencjach/szkoleniach.
   2) Przed organizacją spotkania - potwierdzenie zapoznania się Przedstawiciela Firmy z postanowieniami niniejszej Procedury, poprzez przyjęcie oświadczenia, stanowiącego element formularza zgody na spotkanie.
   3) Każdorazowe uzyskanie zgody Dyrektora Szpitala na spotkanie z Przedstawicielami Firm na terenie Szpitala, poprzez złożenie wniosku o wyrażenie zgody
      w sekretariacie Dyrektora Szpitala. Formularz wniosku o wyrażenie zgody stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Procedury.
   4) Wyznaczenie protokolanta spotkania w treści wniosku o wyrażenie zgody Dyrektora Szpitala na spotkanie z Przedstawicielem, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej Procedury.
   5) Wyznaczenie terminu spotkania z Przedstawicielem Firmy w sposób nieograniczający dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu. Wyznaczony termin nie może być wcześniejszy niż 14 dni od daty złożenia wniosku o wyrażenie przez Dyrektora Szpitala zgody na organizację spotkania.
   6) zapewnienie uczestnictwa w spotkaniu: Przedstawiciela Firmy, uprawnionego Pracownika Szpitala oraz przynajmniej jednego wyznaczonego pracownika, dla zachowania zasady „dwóch par oczu”,
   7) Zgłaszanie Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji wszelkich zjawisk o charakterze korupcyjnym w procesie organizacji i przeprowadzenia spotkania.
   8) Sporządzenie protokołu ze spotkania lub wyznaczenie pracownika uczestniczącego w spotkaniu odpowiedzialnego za sporządzenie protokołu. Protokół zawiera informacje dotyczące przebiegu spotkania, osób uczestniczących oraz danych dotyczących przekazanych próbek, będących reklamą produktu leczniczego (jeżeli dotyczy). Wzór protokołu stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Procedury.
   9) Zatwierdzenie protokołu ze spotkania.

10) Sporządzenie dwóch kopii protokołu, o którym mowa w pkt. 7 i przekazanie ich w terminie 5 dni roboczych od daty spotkania:
    a) Kierownikowi Apteki Szpitalnej w celu zaewidencjonowania przekazanych bezpłatnych próbek produktów leczniczych,
    b) Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji – a/a.
11) Oryginał protokołu przechowywany jest w dokumentacji komórki organizującej spotkanie.
12) Odmowa zorganizowania spotkania z Przedstawicielami Firm w przypadku, gdy zakres oferowanych produktów nie odpowiada specyfice i rodzajowi działalności Szpitala,
13) Prowadzenie wyodrębnionej dokumentacji związanej z organizacją spotkań z Przedstawicielami Firm.

3. Określa się następujący zakres zadań Kierownika Apteki Szpitalnej:
    1) Kierownik Apteki Szpitalnej wykonuje zadania określone w § 5 ust. 2 jeżeli podejmuje czynności w roli uprawnionego pracownika Szpitala w celu zorganizowania spotkania z Przedstawicielem Firmy.
    2) Kierownik Apteki Szpitalnej prowadzi ewidencję ilościową dostarczonych przez przedstawicieli próbek, będących reklamą produktu leczniczego. Ewidencja, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, powinna być prowadzona w formie elektronicznej i zawierać następujące dane:
        a) dane identyfikujące Szpital,
        b) dane przedstawiciela dostarczającego próbkę produktu leczniczego: imię i nazwisko oraz nazwę firmy,
        c) dane dotyczące uprawnionego pracownika: imię i nazwisko,
        d) dane dotyczące dostarczanej próbki produktu leczniczego: nazwę międzynarodową, nazwę handlową, dawkę, wielkość opakowania, postać, ilość, numer serii oraz okres ważności produktu leczniczego,
        e) numer ewidencji, datę i miejsce dostarczonych próbek.
    3) Udostępnianie uprawnionym organom kontrolnym dokumentacji sporządzonej w toku realizacji niniejszej Procedury.
4. Określa się następujący zakres zadań Pełnomocnika ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji :

    1) Przyjmowanie oraz przekazywanie Dyrektorowi Szpitala do rozpatrzenia wnioski dotyczące:

a) wyrażenia zgody przez Dyrektora Szpitala na spotkanie pracownika Szpitala z Przedstawicielem Firmy, składane na formularzu stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia,

b) wyrażenia zgody przez Dyrektora Szpitala na udział personelu Szpitala w konferencji lub szkoleniu, składane na formularzu stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

2) Każdorazowe przyjęcie zgłoszenia Naruszenia w procesie organizacji i przeprowadzenia spotkań z przedstawicielami firm.

3) Przygotowanie i merytoryczna obsługa umów najmu pomieszczeń na spotkania z przedstawicielami firm, wg wzoru określonego w Załączniku nr 4 do niniejszej Procedury oraz na uczestnictwo pracowników w konferencjach organizowanych/finansowanych przez firmy, wg wzoru określonego w Załączniku nr 5 do niniejszej Procedury.

4) Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji wyznacza pomieszczenie na organizację spotkania, przygotowuje umowę najmu pomieszczenia i przekazuje do firmy, w imieniu której działa Przedstawiciel, z zastrzeżeniem konieczności podpisania umowy przez Firmę najpóźniej dzień przed planowanym terminem spotkania.

§ 6

Opis przebiegu postępowania

1. Organizacja spotkania z przedstawicielem firmy:
   1) Uprawniony pracownik Szpitala, wyznacza termin spotkania i występuje do Dyrektora Szpitala

      z wnioskiem o wyrażenie zgody na spotkanie, po uprzednim uzyskaniu oświadczenia przedstawiciela firmy o zapoznaniu się z zapisami niniejszej Procedury, poprzez złożenie w Sekretariacie Dyrektora Szpitala formularza wniosku o wyrażenie zgody. Formularz wniosku o wyrażenie zgody stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Procedury.
   2) Dyrektor Szpitala podejmuje decyzję w przedmiocie zgody na spotkanie oraz odpłatności za najem Sali na spotkanie.
   3) Po otrzymaniu informacji zwrotnej, wnioskujący uprawniony pracownik przekazuje oryginał formularza zgody Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji, a kopię przechowuje w dokumentacji w ramach swojej komórki organizacyjnej.
   4) Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji wyznacza pomieszczenie na organizację spotkania, przygotowuje umowę najmu pomieszczenia

i przekazuje do firmy, w imieniu której działa przedstawiciel, z zastrzeżeniem konieczności podpisania umowy przez firmę najpóźniej w dniu spotkania.

5) Zainteresowane strony odbywają spotkanie, z którego wyznaczona osoba przygotowuje protokół.
6) Protokół każdorazowo zatwierdza uprawniony pracownik Szpitala organizujący spotkanie.
7) W przypadku, gdy na spotkaniu Przedstawiciel firmy przekazał pracownikom uczestniczącym

   w spotkaniu próbki produktów leczniczych, protokół musi zostać potwierdzony przez kierownika Apteki Szpitalnej, co jest równoznaczne z zobowiązaniem sporządzenia przez niego stosownej ewidencji, o której mowa w § 5 ust. 3 pkt 2.
8) Oryginał zatwierdzonego protokołu zostaje przekazany Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk

   i Przeciwdziałania Korupcji w terminie 5 dni roboczych od daty spotkania, a kopia przechowywana jest w komórce organizującej spotkanie.

2. Sponsorowany przez firmę udział personelu w konferencjach:
   1) Sfinansowanie przez firmy uczestnictwa pracowników Szpitala w konferencjach/szkoleniach organizowanych przez firmy farmaceutyczne, producentów i dostawców sprzętu medycznego

      i innych oraz innych dostawców towarów i usług, odbywa się wyłącznie za zgodą Dyrektora Szpitala.
   2) Firma, najpóźniej na 7 dni przed konferencją, zwraca się pisemnie do Dyrektora Szpitala z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo pracownika Szpitala w organizowanym przez nią wydarzeniu, ze wskazaniem terminu, miejsca i celu tego wydarzenia.
   3) W przypadku wyrażenia zgody przez Dyrektora Szpitala na uczestnictwo pracownika/ków

      w konferencji/szkoleniu, Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji przygotowuje umowę określającą szczegóły udziału personelu w danym wydarzeniu oraz wzajemne prawa i obowiązki stron, która zapobiega występowaniu zdarzeń o charakterze korupcyjnym, z zastrzeżeniem konieczności podpisania umowy przez firmę najpóźniej dzień przed planowanym terminem spotkania.
   4) Wzór umowy, o której mowa w pkt. 3, stanowi załącznik nr 5 do niniejszej Procedury.

§ 7

Postępowanie w przypadku wystąpienia Naruszenia

1. Każdy Pracownik, który jest świadkiem Naruszenia lub posiada wiedzę o Naruszeniu lub sytuacji rodzącej możliwość wystąpienia Naruszenia na terenie Szpitala lub w związku z działaniami Szpitala lub jego Pracowników, dokonanych w związku realizacją zadań Szpitala powinien niezwłocznie dokonać zgłoszenia tego faktu zgodnie z obowiązującą w Szpitalu Procedurą zgłoszeń wewnętrznych oraz podejmowania działań następczych w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
2. Pacjenci, podmioty współpracujące ze Szpitalem lub osoby trzecie mają możliwość zgłoszenia Naruszenia każdemu Pracownikowi, który zobowiązany jest niezwłocznie przekazać uzyskane informacje Pełnomocnikowi.
3. Po wpłynięciu zgłoszenia Pełnomocnik zobowiązany jest do podjęcia działań wyjaśniających. Działania te mają na celu wyjaśnienie, czy nastąpiło Zdarzenie Korupcyjne, inne naruszenie prawa lub naruszenie wewnętrznych procedur Szpitala. W przypadku oceny, iż zgłoszenie jest zasadne, Pełnomocnik powinien:
   1) w przypadku wystąpienia Zdarzenia Korupcyjnego - niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego, podjąć działania eliminujące skutki Zdarzenia Korupcyjnego i poinformować Dyrektora Szpitala o wystąpieniu ww. Naruszenia,
   2) w przypadku wystąpienia innego Naruszenia niebędącego Zdarzeniem Korupcyjnym – niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 3 dni roboczych, podjąć działania eliminujące skutki Naruszenia i poinformować Dyrektora Szpitala o wystąpieniu ww. Naruszenia.
4. Pełnomocnik zobowiązany jest dokonać oceny stanu faktycznego i prawnego, w szczególności

   w zakresie czy doszło do naruszenia przepisów prawa, oraz do opracowania pisemnych rekomendacji dla Dyrektora Szpitala.

§ 8

Zasady postępowania związane z otrzymywaniem przez Pracowników korzyści od osób trzecich

1. Pracownik Szpitala nie może uzależniać udzielania świadczeń medycznych, diagnostycznych lub realizacji innych zadań Szpitala od przyjęcia jakiejkolwiek korzyści materialnej, osobistej lub ich obietnicy poprzez podjęcie lub zaniechanie działania lub zobowiązanie się do nich.

2. Pracownikom Szpitala nie wolno przyjmować korzyści ani obietnicy ich wręczenia od pacjentów, ich rodzin lub znajomych w związku z pracą w Szpitalu lub świadczeniem medycznym, diagnostycznym lub realizacją innych zadań Szpitala.
3. W sytuacji jednoznacznego zachowania pacjenta, Przedstawiciela Firmy lub innej osoby trzeciej, wskazującego na zamiar wręczenia korzyści Pracownikowi, Pracownik zobowiązany jest do następujących działań:
   1) jednoznacznego poinformowania pacjenta, Przedstawiciela Firmy lub innej osoby trzeciej o swoim sprzeciwie wobec zachowania zmierzającego do wręczenia korzyści Pracownikowi,
   2) zgłoszenia sytuacji przełożonemu lub Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji,
   3) w sytuacji, w której Pracownikowi pozostawiono mimo jego wyraźnego sprzeciwu korzyść

   w formie materialnej – Pracownik jest zobowiązany do zabezpieczenia przedmiotu korzyści oraz niezwłocznego poinformowania przełożonego oraz Pełnomocnika o Naruszeniu oraz przekazania im przedmiotu korzyści. Pozostawienie przekazanego przedmiotu korzyści poza kontrolą Pracownika (np. w pomieszczeniu bez dozoru) lub w zasięgu osób postronnych nie może nasuwać żadnego podejrzenia, że korzyść została przyjęta.
4. Pracownik może przyjąć od Przedstawiciela Firmy przedmiot o wartości rynkowej nieprzekraczającej kwoty 100 złotych brutto, związany z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzony znakiem reklamującym daną firmę lub produkt, nie częściej niż dwa razy do roku.
   W przypadku otrzymania od Przedstawiciela Firmy przedmiotu o wartości rynkowej przekraczającej kwotę 100 złotych brutto pracownik jest zobowiązany do zgłoszenia faktu otrzymania przedmiotu Pełnomocnikowi ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 1 dnia roboczego. Wzór rejestru korzyści stanowi załącznik numer 6 do niniejszej Procedury.
5. Postępowanie sprzeczne z niniejszym § 8 może stanowić Naruszenie i podlega obowiązkowi zgłoszenia do Pełnomocnika zgodnie z § 7.

§ 9

Zasady postępowania związane z wystąpieniem Konfliktu Interesów

1. Zdarzeniami, które mogą wywołać Konflikt Interesów, mogą być m.in.:

1) przyjęcie przez pracownika wynagrodzenia od Firmy – np. w związku z wygłoszeniem wykładu, przeprowadzeniem badania ankietowego lub szkolenia, udziałem w radzie nadzorczej lub radzie naukowej itp.,
2) sponsorowanie Pracownika przez Firmę w formie dofinansowania do szkolenia, wyjazdu na konferencję itp.,
3) otrzymanie przez Pracownika innego rodzaju grantu edukacyjnego od Firmy,
4) udział w badaniu klinicznym finansowanym przez Firmę,
5) występowanie zależności służbowej pomiędzy Pracownikami w relacji pokrewieństwa,
6) podejmowanie przez Pracownika decyzji o zatrudnieniu, świadczeniu usług, dostępie do świadczeń wobec osób pozostających z nim w relacji pokrewieństwa.

2. Pracownik zobowiązany jest przez czas pozostawania w stosunku pracy ze Szpitalem do powstrzymywania się od wszelkich czynności faktycznych i prawnych naruszających interes Szpitala.
3. W przypadku wystąpienia Konfliktu Interesów, Pracownik zobowiązany jest zgłosić go swojemu przełożonemu lub Pełnomocnikowi.
4. Pełnomocnik zobowiązany jest do:
   1) przyjęcia zgłoszenia Konfliktu Interesów,
   2) opracowania protokołu zgłoszenia Konfliktu Interesów,
   3) prowadzenia rejestru Konfliktu Interesów („**Rejestr Konfliktu Interesów**"), który stanowi Załącznik nr 6 do niniejszej Procedury.
5. Protokół Konfliktu Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, opisie Konfliktu Interesów, osobie zgłaszającej oraz inne informacje przydatne w sprawie, a także rekomendacje Pełnomocnika, jeśli zostały wydane. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z zasadami archiwizacji przyjętymi w Szpitalu.
6. Rejestr Konfliktu Interesów zawiera informacje o dacie zgłoszenia, jego formie, zwięzłym opisie Konfliktu Interesów, osobie zgłaszającej, rodzaju podjętych działań (jeśli wystąpiły), numerze Konfliktu Interesów w ujęciu rocznym. Archiwizacja prowadzona jest zgodnie z zasadami archiwizacji przyjętymi w Szpitalu.
7. Na wniosek pracownika, jego przełożonego lub innego Pracownika Szpitala, Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji wydaje rekomendację w sprawie Konfliktu Interesów lub środków mających zminimalizować negatywne skutki Konfliktu Interesów.

§ 10

Poufność

1. Wszyscy pracownicy zobowiązani są do zachowania w poufności zgłoszeń Naruszeń i Konfliktu Interesów oraz wszelkich postępowań prowadzonych na mocy niniejszej Procedury.
2. Wgląd do Rejestru Konfliktu Interesów mają wyłącznie Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji, Dyrektor Szpitala, obsługa prawna Szpitala. Wgląd do Protokołu Konfliktu interesu mają wyłącznie osoba zgłaszająca, inna osoba, która została wzmiankowana w protokole, Pełnomocnik, Dyrektor Szpitala, uprawnieni Pracownicy Szpitala, obsługa prawna Szpitala.

§ 11

Postanowienia końcowe

1. Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji raz w roku przeprowadza ewaluację niniejszej Procedury, w ramach której powinien:
   1) przeprowadzić analizę zgłoszeń i ocenić skuteczność działań naprawczych,
   2) przeprowadzić analizę zmian w obowiązujących przepisach prawa,
   3) przeprowadzić analizę ryzyka korupcyjnego.
2. Pełnomocnik ds. Dobrych Praktyk i Przeciwdziałania Korupcji raportuje Dyrektorowi Szpitala wynik ewaluacji i w razie potrzeby rekomenduje wprowadzenie zmian w Procedurze.

Spis załączników:

1. Załącznik nr 1 - Formularz wniosku o wyrażenie zgody Dyrektora Szpitala na spotkanie z Przedstawicielem Firmy.
2. Załącznik nr 2 – Formularz wniosku o wyrażenie zgody Dyrektora Szpitala na udział personelu Szpitala w konferencji/szkoleniu.
3. Załącznik nr 3 – Wzór protokołu ze spotkania uprawnionych pracowników z przedstawicielem.
4. Załącznik nr 4 – Wzór umowy najmu pomieszczeń w Szpitalu.
5. Załącznik nr 5 – Wzór umowy dot. uczestnictwa pracowników w konferencjach organizowanych/finansowanych przez firmy.
6. Załącznik nr 6 – Rejestr Konfliktu Interesów.
7. Załącznik nr 7 – Rejestr Korzyści.