

ZARZĄDZENIE NR .....**73**...../2026

**DYREKTORA WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO**

**- PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO**

z dnia *2. kwietnia* 2026 r.

**w sprawie Regulaminu odbywania praktyki klinicznej  
przez lekarza i lekarza dentystę  
w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym**

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. 2024 poz. 534 z późn. zm.) zarządza się co następuje:

**§ 1.**

1. Wprowadza się regulamin odbywania praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentystę w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym.
2. Regulamin stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**

1. Traci moc Regulamin odbywania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym wprowadzony Zarządzeniem Nr 71/2025 z dnia 11 kwietnia 2025 r.
2. Traci moc Załącznik Nr 1 do Regulaminu odbywania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym wprowadzony Zarządzeniem Nr 112/2025 z dnia 17 czerwca 2025 r.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2026 r.

**DYREKTOR  
WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO  
-PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO**

gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERAK

Wojewódzki Instytut Medyczny  
ul. ...  
...  
...

87

...

KIEROWNIK WYDZIAŁU  
Kształcenia Podyplomowego Lekarzy  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Wojewódzkiego Instytutu Medycznego – PIB

mgr  ...

02 -04- 2026

**Regulamin odbywania praktyki klinicznej  
przez lekarza i lekarza dentystę  
w Wojskowym Instytucie Medycznym -Państwowym Instytucie Badawczym**

**§ 1.**

**Postanowienia ogólne**

1. Regulamin określa zasady organizacji praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, zwanym dalej WIM-PIB.
2. Organizacja praktyki klinicznej oparta jest o zapisy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów* (Dz. U. z 2022 r. poz. 464) i realizowana na podstawie umowy zawartej między WIM-PIB a lekarzem/lekarzem dentystą.
3. Praktyka kliniczna jest dobrowolna i bezpłatna.
4. Za organizację oraz realizację czynności administracyjnych związanych z praktyką kliniczną odpowiada Kierownik Wydziału Centrum Kształcenia Podyplomowego.
5. Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:
  - 1) **WIM-PIB** – należy przez to rozumieć Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy.
  - 2) **Kierownika Komórki** – należy przez to rozumieć Kierownika Komórki Organizacyjnej WIM-PIB, w której ma odbyć się praktyka kliniczna.
  - 3) **Wydziale CKP** – należy przez to rozumieć Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy.

**§ 2.**

**Zasady przyjęcia na praktykę kliniczną**

1. Lekarz/lekarz dentysta chcący odbyć praktykę kliniczną w WIM-PIB składa we właściwym Wydziale CKP podanie o praktykę kliniczną (**Załącznik nr 1**) na co najmniej 21 dni przed planowanym rozpoczęciem praktyki klinicznej.
2. Lekarz/lekarz dentysta za pomocą środków komunikacji elektronicznej przesyła na adres [praktykakliniczna@wim.mil.pl](mailto:praktykakliniczna@wim.mil.pl), na co najmniej 21 dni przed planowanym rozpoczęciem praktyki klinicznej, następujące dokumenty:
  - 1) skan dyplomu ukończenia studiów wyższych,

- 2) skan Prawa Wykonywania Zawodu (oryginał PWZ należy okazać do wglądu składając podanie o praktykę kliniczną),
  - 3) skan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
  - 4) skan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
  - 5) skan aktualnego ubezpieczenia OC
  - 6) skan NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na choroby zakaźne m.in. zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
  - 7) zdjęcie w formacie jpg,
  - 8) dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 250 zł, uiszczonyj na rachunek bankowy WIM-PIB: nr **41 1130 1017 0020 0716 4222 2303** w tytule wpłaty: Nazwisko Imię\_ praktyka kliniczna\_ termin praktyki klinicznej (z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB).
3. W przypadku złożenia niekompletnych dokumentów wymienionych w ust. 2, termin rozpoczęcia praktyki klinicznej może ulec zmianie.
  4. Decyzję w sprawie odbywania praktyki klinicznej podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM-PIB lub osoba przez niego upoważniona, po uzyskaniu opinii Kierownika Komórki i spełnieniu wymogów formalnych.
  5. Pracownik właściwego Wydziału CKP korzystając ze środków komunikacji elektronicznej przekazuje lekarzowi/lekarzowi dentyście oraz Kierownikowi Komórki informację o uzyskaniu zgody, bądź braku zgody na rozpoczęcie praktyki klinicznej.
  6. Po spełnieniu wymogów formalnych o których mowa w ust. 1, 2 i 4, WIM-PIB zawiera z lekarzem/lekarzem dentystą umowę o odbywanie praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego (**Załącznik nr 2**).
  7. W przypadku odbywania praktyki klinicznej do stażu kierunkowego w WIM-PIB, po spełnieniu wymogów formalnych, o których mowa w ust. 1, 2 pkt 1-7 i 4, WIM-PIB zawiera z lekarzem/lekarzem dentystą umowę o odbywanie praktyki klinicznej w ramach stażu kierunkowego (**Załącznik nr 3**).

### § 3.

#### Zasady odbywania praktyki klinicznej

1. Lekarz/lekarz dentysta zobowiązany jest do zrealizowania szkolenia wstępnego, na które składają się szkolenia z zakresu BHP, PPOŻ, ochrony danych osobowych i spraw organizacyjnych. O warunkach i terminach odbywania szkolenia informuje pracownik

właściwego Wydziału CKP. Nieodbycie szkolenia przed rozpoczęciem praktyki klinicznej uniemożliwia jej realizację. Szkolenie wstępne jest obowiązkowe z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB.

2. Najpóźniej pierwszego dnia praktyki klinicznej po odbyciu szkolenia wstępnego, lekarz/lekarz dentysta dostarcza do właściwego Wydziału CKP oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP (**Załącznik nr 4**).
3. Umowa o odbywanie praktyki klinicznej, o której mowa w § 2 ust. 6 i 7, określa szczegółowe zasady i warunki realizacji praktyki klinicznej.
4. Umowę zawiera się na okres wskazany w podaniu, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy. Przed upływem okresu, na który została zawarta, umowa może zostać przedłużona na wniosek lekarza/lekarza dentysty, złożony w formie podania (**Załącznik nr 5**).
5. Decyzję w sprawie przedłużenia odbywania praktyki klinicznej podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM-PIB lub osoba przez niego upoważniona, po uzyskaniu opinii Kierownika Komórki i spełnieniu wymogów formalnych.
6. W przypadku wyrażenia zgody na przedłużenie praktyki klinicznej lekarz/lekarz dentysta podpisuje aneks do umowy (**Załącznik nr 6**), przy zachowaniu pozostałych warunków określonych niniejszym regulaminem, z obowiązkiem uiszczenia opłaty kwalifikacyjnej.
7. Po zakończeniu praktyki klinicznej lekarz/lekarz dentysta otrzymuje zaświadczenie (**Załącznik nr 7**), z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB.

#### **§ 4.**

##### **Obowiązki lekarza/lekarza dentysty odbywającego praktykę kliniczną**

1. Lekarz/lekarz dentysta ma obowiązek:
  - 1) uczestnictwa w szkoleniu wstępnym organizowanym przez WIM-PIB,
  - 2) zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz NNW (zgodnie z zasadami wskazanymi w § 2 ust. 2 pkt.5 i 6),
  - 3) zaopatrzenia się w odpowiedni strój,
  - 4) przestrzegania obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
  - 5) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia

dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r.).

- 6) poniesienia odpowiedzialności finansowej za szkody wyrządzone podczas realizacji praktyki klinicznej, w tym za uszkodzenia sprzętu i ewentualne szkody wyrządzone pacjentowi, zarówno działając samodzielnie, jak i we współpracy z innymi osobami, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 7) dbania o powierzone mienie oraz zabezpieczenie informacji i danych przed niepowołanym dostępem do nich, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem w stopniu odpowiednim do obowiązków (zadań) związanych z przetwarzaniem danych, w trakcie realizacji praktyki klinicznej,
  - 8) starannego i terminowego wykonywania zadań zleconych przez Kierownika Komórki, w której odbywa się praktyka kliniczna oraz Opiekuna praktyki klinicznej,
  - 9) prowadzenia rejestru godzin odbywania praktyki klinicznej, zgodnie z Załącznikiem nr 1 do podpisanej umowy o odbywanie praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego,
  - 10) potwierdzenia swojego wejścia i wyjścia na teren kliniki, w której odbywa praktykę kliniczną, przy użyciu przydzielonego identyfikatora do czytnika rejestru czasu pracy (RCP)
  - 11) noszenia w widocznym miejscu identyfikatora, wydanego przez WIM-PIB,
  - 12) zwrotu do właściwego Wydziału CKP identyfikatora wydanego przez WIM-PIB.
2. Lekarz/lekarz dentysta zobowiązany jest do przestrzegania następujących zakazów:
- 1) noszenia biżuterii,
  - 2) malowania paznokci,
  - 3) nakładania dodatkowego okrycia na odzież roboczą,
  - 4) palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych, spożywania alkoholu oraz substancji odurzających na terenie WIM-PIB,
  - 5) zachowywania się w sposób uznany za niemoralny i nieetyczny,
  - 6) informowania pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i przebiegu leczenia, bez zgody i wiedzy Opiekuna praktyki klinicznej.

## **§ 5.**

### **Prawa i obowiązki WIM-PIB**

1. WIM-PIB zobowiązuje się do:
  - 1) zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków odbywania praktyki klinicznej,
  - 2) zapewnienia opiekuna praktyki klinicznej,
  - 3) przeprowadzenia szkolenia wstępnego, w tym w zakresie :bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP), ochrony przeciwpożarowej (PPOŻ), ochrony danych osobowych. Szkolenie organizowane jest dwa razy w miesiącu, na terenie WIM-PIB.
  - 4) wydania identyfikatora,
  - 5) wydania zaświadczenia potwierdzającego odbycie praktyki klinicznej, z wyłączeniem osób odbywających praktykę kliniczną do stażu kierunkowego.
2. WIM-PIB nie jest zobowiązany do:
  - 1) zgłoszenia lekarza/lekarza dentystry do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
  - 2) wykazywania lekarza/lekarza dentystry w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)
3. WIM-PIB ma prawo żądać od lekarza/ lekarza dentystry zwrotu kosztów (roszczenie regresywne), w przypadku, gdy będzie zobowiązany do pokrycia zobowiązań wynikających z wyrządzenia szkody.
4. WIM-PIB ma prawo przerwać odbywanie praktyki klinicznej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku rażącego naruszenia przez lekarza/lekarza dentystę postanowień niniejszego Regulaminu.

## **§ 6.**

### **Postanowienia końcowe**

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2026 r., a jednocześnie traci moc poprzedni Regulamin.
2. WIM-PIB ma prawo do zmiany Regulaminu.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Nr podania ...../..... (wypełnia Wydział CKP)

Umowy nr ..... (wypełnia Wydział CKP)

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko.....

.....

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo/a.....

Adres .....

.....

Pesel .....

PWZ .....

\*tel.: .....

\*e-mail:.....

**ZGODA / BRAK ZGODY**  
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych**  
**Wojskowego Instytut Medycznego**  
**-Państwowego Instytutu Badawczego**  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

### PODANIE O PRAKTYKĘ KLINICZNĄ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **praktyki klinicznej przez lekarza/ lekarza dentystę\*\***

w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego / stażu kierunkowego \*\*

w dziedzinie .....

Klinika/Oddział/Zakład .....

Preferowany termin (max. 6 miesięcy):.....

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo): .....

Uzasadnienie:.....

*Potwierdzam przesłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres: [praktykakliniczna@wim.mil.pl](mailto:praktykakliniczna@wim.mil.pl) skanu dokumentów wymaganych do podania zgodnie z §2 ust.2 Regulaminu odbywania praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentystę w WIM-PIB.*

.....  
(podpis i pieczęć lekarza/lekarza dentysty)

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej*

- mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora*
- mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>) Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.*

.....  
(podpis i pieczętka lekarza/lekarza dentysty)

\*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki, w której realizowana będzie praktyka kliniczna: **POPIERAM / NIE POPIERAM\*\***

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczam .....

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji  
Opiekuna praktyki klinicznej**

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki)

.....  
(podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej)

**Wypełnia właściwy Wydział CKP - Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy (WKPL)**

- skan dyplomu,
- skan Prawa Wykonywania Zawodu,
- skan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
- skan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- skan ubezpieczenie OC,
- skan NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na choroby zakaźne m.in. zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- zdjęcie w formacie jpg,
- dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **250 zł \*\*\*** uiszczonej na konto wskazane poniżej: **41 1130 1017 0020 0716 4222 2303**

- w tytule wpłaty: Nazwisko Imię\_ praktyka kliniczna\_ termin praktyki klinicznej

**Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji zgodnie z Regulaminem.**

**Zweryfikowano pod względem formalnym.**

.....  
(podpis i pieczętka pracownika WKPL weryfikującego podanie)

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\*z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB

**Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem  
praktyki klinicznej przez lekarzy i lekarzy dentyistów  
w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ("RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa („Administrator”). Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres jego siedziby, adres mailowy [dyrekcja@wim.mil.pl](mailto:dyrekcja@wim.mil.pl) lub telefonując pod numer (022) 261 817 666.
2. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych („IOD”), z którym można skontaktować się pisząc na adres mailowy [ochrona.danych@wim.mil.pl](mailto:ochrona.danych@wim.mil.pl) lub telefonując pod numer (0-22) 261 816 912.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji, oceny oraz udokumentowania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym realizowanej zgodnie z umową zawartą z Administratorem. Dane osobowe w postaci wizerunku przetwarzane będą w celach związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku Administratora.
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Podstawą przetwarzania danych osobowych w postaci wizerunku jest wyrażona świadoma i dobrowolna zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
5. Dane osobowe w postaci adresu e-mail oraz numeru telefonu będą przetwarzane w celu odpowiednio mailowego lub telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów., a podstawą prawną ich przetwarzania jest Państwa zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:
  - a. podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają;
  - b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT
7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
8. Państwa dane osobowe w postaci adresu e-mail i numeru telefonu będą przetwarzane do momentu zrealizowania celu, dla którego zostały zgromadzone albo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
9. Macie Państwo prawo zażądać od Administratora:
  - a. dostępu do swoich danych osobowych;
  - b. sprostowania swoich danych osobowych;
  - c. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych;
  - d. ograniczenia lub usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 i 18 RODO
  - e. przenoszenia danych osobowych
  - f. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, jakiego dokonano przed jej cofnięciem. Zgodę możesz cofnąć pisząc na adres korespondencyjny Administratora, na adres e-mail IOD lub telefonując (dane kontaktowe wyżej).
10. Ponadto przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji, oceny oraz udokumentowania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji praktyki. Z kolei niepodanie danych osobowych w postaci adresu e-mail lub numeru telefonu spowoduje brak możliwości kontaktu w związku z podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej.

***Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzaniu danych osobowych dla lekarza / lekarza dentyisty do odbywania praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym.***

.....  
( data)

.....  
(podpis i pieczętka zainteresowanego)

**Umowa nr .....  
o odbywanie praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentyście  
w ramach doskonalenia zawodowego**

zawarta w Warszawie dnia ..... r. pomiędzy:

**Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym**  
z siedzibą w Warszawie, 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego  
Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział  
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810; NIP 113-23-93-221;  
REGON 015294487, zwanym dalej **WIM-PIB**, reprezentowanym przez:  
**Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych - plk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa**

a **Panią/Panem:**

..... PESEL.....PWZ.....  
(imię i nazwisko)

zam. .... tel.....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

zwaną/ym dalej **Lekarzem,**

dalej zwanym łącznie **Stronami.**

§1.

Lekarz zostaje przyjęty na praktykę kliniczną w ramach doskonalenia zawodowego  
w dziedzinie:

.....  
w terminie od dnia..... do dnia .....  
(termin rozpoczęcia praktyki klinicznej) (termin zakończenia praktyki klinicznej)

w wymiarze czasu .....  
(liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo)

W .....  
(miejsce realizacji praktyki klinicznej)

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobów  
dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentyście (Dz. U.  
2022 r. poz. 464), zwanym dalej Rozporządzeniem.

## §2.

Strony ustalają, co następuje:

1. Praktyka kliniczna jest formą poprzez którą Lekarz realizuje ustawowe prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, zgodnie z ww. Rozporządzeniem.
2. Praktyka kliniczna odbywa się nieodpłatnie. Lekarz nie otrzymuje od WIM-PIB wynagrodzenia, jak również zwrotu kosztów podróży, diet, czy innych związanych z jej odbywaniem.
3. Lekarz ponosi pełną odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone podczas praktyki klinicznej, w szczególności za uszkodzenie sprzętu, aparatury medycznej, pod warunkiem że do powstania nie przyczyniła się inna osoba. W przypadku, gdy do powstania szkody przyczyniła się inna osoba, Lekarz ponosi odpowiedzialność w takim stopniu, w jakim przyczynił się do wyrządzenia szkody lub solidarnie z inną odpowiedzialną za szkodę osobą. Lekarz ponosi również pełną odpowiedzialność wobec WIM-PIB i osób trzecich za wszelkie szkody wyrządzone pacjentowi na terenie WIM-PIB na zasadach analogicznych jak powyżej lub wynikających z przepisów prawa, a w szczególności z przepisów kodeksu cywilnego. WIM-PIB w przypadku gdy będzie zobowiązany do pokrycia zobowiązań wynikających z wyrządzenia szkody przez Lekarza, o której mowa wyżej, zachowuje prawo do domagania się zwrotu wykonanych przez WIM-PIB zobowiązań (roszczenie regresowe).
4. Lekarz zobowiązuje się do zawarcia we własnym zakresie, na cały okres obowiązywania umowy, ubezpieczenia:
  - OC,
  - NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na choroby zakaźne m.in. zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni.
5. WIM-PIB nie zgłasza Lekarza do ubezpieczenia zdrowotnego.
6. WIM-PIB nie wykazuje Lekarza w ramach kontraktu NFZ.

## §3.

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczony/a zostaje:

.....  
(tytuł, imię i nazwisko oraz funkcja osoby uprawnionej)

## §4.

Plan odbywania praktyki klinicznej ustala Opiekun praktyki klinicznej.

## §5.

1. Lekarz zobowiązuje się do realizacji praktyki klinicznej z należytą starannością, zgodnie z etyką zawodową i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Lekarz zobowiązuje się do realizacji praktyki klinicznej w dniach i godzinach ustalonych z Opiekunem praktyki klinicznej.
3. Lekarz zobowiązuje się do potwierdzenia swojego wejścia i wyjścia na teren Kliniki, w której odbywa praktykę kliniczną, przy użyciu przydzielonego mu identyfikatora do czytelnika rejestru czasu pracy.
4. Lekarz zobowiązuje się do prowadzenia rejestru godzin realizacji praktyki klinicznej w danym miesiącu, zgodnie ze wzorem określonym w Załączniku nr 1 do umowy, który dokumentować ma faktyczny czas odbycia praktyki klinicznej.

5. Rejestr godzin realizacji praktyki klinicznej potwierdza Opiekun praktyki klinicznej najpóźniej po zakończeniu danego miesiąca kalendarzowego.
6. W przypadku dokonania przez Lekarza błędnej rejestracji czasu realizacji praktyki klinicznej jest on zobowiązany do złożenia pisemnego sprostowania nieprawidłowości w Wydziale Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP WIM-PIB.
7. W przypadku zgubienia identyfikatora lub jego braku w dniu odbywania praktyki klinicznej, Lekarz niezwłocznie zgłasza ten fakt za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres: [praktykakliniczna@wim.mil.pl](mailto:praktykakliniczna@wim.mil.pl) wraz z informacją o godzinie wejścia i wyjścia.
8. Lekarz zobowiązany jest do przestrzegania obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej, przepisów o ochronie danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r).
9. Po zakończeniu praktyki klinicznej, Lekarz otrzymuje zaświadczenie potwierdzające jej odbycie.

§6.

Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.

§7.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§8.

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej.

§9.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

Zał. Nr 1 – rejestr godzin realizacji praktyki klinicznej

## Rejestr godzin realizacji praktyki klinicznej

do umowy nr.....

w miesiącu.....

Dzień miesiąca	Liczba godzin w danym dniu	Podpis lekarza odbywającego praktykę kliniczną	Podpis Opiekuna praktyki klinicznej/ Kierownika Komórki
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
Łącznie			

**Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym**

**Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym**

.....  
podpis i pieczętka Lekarza/lekarza dentysty odbywający praktykę kliniczną

.....  
podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej

Umowa nr.....  
o odbywanie praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentystę  
w ramach stażu kierunkowego

zawarta w Warszawie dnia ..... r. pomiędzy:

**Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym**  
z siedzibą w Warszawie, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego  
w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy  
Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810; NIP 113-23-93-221; REGON  
015294487, zwanym dalej **WIM-PIB** reprezentowanym przez:  
**Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych - płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa**

a Panią/Panem:

....., PESEL..... PWZ.....  
(imię i nazwisko).

zam..... tel.....  
(dokładny adres zamieszkania)

zwaną/ym dalej **Lekarzem**,

dalej zwanym łącznie **Stronami**.

§1.

Lekarz zostaje przyjęty na praktykę kliniczną w ramach realizacji stażu kierunkowego  
w zakresie.....,  
w dziedzinie.....

w terminie od dnia..... do dnia.....  
(termin rozpoczęcia praktyki klinicznej) (termin zakończenia praktyki klinicznej)

w wymiarze czasu 7godzin 35 minut dziennie

W .....

(miejsce realizacji praktyki klinicznej)

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobów  
dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U.  
2022 r. poz. 464), w celu realizacji elementów szkolenia zgodnie z programem specjalizacji  
zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia.

§2.

Strony ustalają, co następuje:

1. Praktyka kliniczna w ramach realizacji stażu kierunkowego odbywa się nieodpłatnie. Lekarz nie otrzyma od WIM-PIB wynagrodzenia, jak również zwrotu kosztów podróży, diet, czy innych związanych z jej odbywaniem.
2. Lekarz ponosi pełną odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone podczas praktyki klinicznej, w szczególności za uszkodzenie sprzętu, aparatury medycznej, pod warunkiem że do powstania nie przyczyniła się inna osoba. W przypadku, gdy do powstania szkody przyczyniła się inna osoba, Lekarz ponosi odpowiedzialność w takim stopniu, w jakim przyczynił się do wyrządzenia szkody lub solidarnie z inną odpowiedzialną za szkodę osobą. Lekarz ponosi również pełną odpowiedzialność wobec WIM-PIB i osób trzecich za wszelkie szkody wyrządzone pacjentowi na terenie WIM-PIB na zasadach analogicznych jak powyżej lub wynikających z przepisów prawa, a w szczególności z przepisów kodeksu cywilnego. WIM-PIB w przypadku gdy będzie zobowiązany do pokrycia zobowiązań wynikających z wyrządzenia szkody przez Lekarza, o której mowa wyżej, zachowuje prawo do domagania się zwrotu wykonanych przez WIM-PIB zobowiązań (roszczenie regresowe).
3. Lekarz zobowiązuje się do zawarcia na cały okres obowiązywania niniejszej Umowy we własnym zakresie umowy ubezpieczenia:
  - OC,
  - NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na choroby zakaźne m.in. zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni.
4. WIM-PIB nie zapewnia Lekarzowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń.
5. WIM-PIB nie zgłasza Lekarza do ubezpieczenia zdrowotnego.
6. WIM-PIB nie wykazuje Lekarza w ramach kontraktu NFZ.

### §3.

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczony/a zostaje:

.....  
(tytuł, imię i nazwisko oraz funkcja osoby uprawnionej)

### §4.

Plan i miejsce odbywania praktyki klinicznej wyznaczy Opiekun praktyki klinicznej.

### §5.

1. Lekarz wykonywać będzie czynności będące przedmiotem umowy z należytą starannością, zgodnie z etyką zawodową i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Lekarz jest zobowiązany do potwierdzenia swojego wejścia i wyjścia na teren Kliniki, w której odbywa praktykę kliniczną w WIM-PIB, poprzez użycie przypisanego mu identyfikatora. Identyfikator należy zeskanować na specjalnym czytniku wskazanym przez WIM-PIB.
3. W przypadku zgubienia identyfikatora lub jego braku w dniu odbywania praktyki klinicznej, Lekarz niezwłocznie zgłasza ten fakt drogą mailową na adres: [praktykakliniczna@wim.mil.pl](mailto:praktykakliniczna@wim.mil.pl) do właściwego Wydziału CKP wraz z informacją o godzinie wejścia i wyjścia.
4. Lekarz zobowiązany jest do przestrzegania obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej, przepisów o ochronie danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r).

§6.

Każda ze Stron może rozwiązać umowę z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.

§7.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§8.

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej.

§9.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Lekarz/lekarz dentysta odbywający praktykę kliniczną

.....  
WIM-PIB

.....  
(pieczęć komórki organizacyjnej WIM-PIB)

Warszawa, dnia.....

## Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....  
.....  
(Zakres odpowiedzialności)

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził:

.....  
(pieczęć i podpis Opiekuna praktyki klinicznej)

Potwierdzam przeprowadzenie instruktażu:

.....  
(data i podpis Kierownika Komórki WIM-PIB)

Na podstawie §2.1. *Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. 180 poz. 1860) oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a i zapoznany/-a z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom w miejscu ich wykonywania.

Przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać:

- przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej;
- przepisów i zasad BHP obowiązujących w .....
- obowiązków oraz zadań na okoliczność zaistnienia wypadku lub pożaru.

.....  
(czytelny podpis osoby zapoznanej z warunkami pracy)

Nr podania ...../..... (wypełnia Wydział CKP)

Umowy nr ..... (wypełnia Wydział CKP)

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko .....

\*tel. ....

\*e-mail .....

**ZGODA / BRAK ZGODY**  
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych**  
**Wojskowego Instytut Medycznego**  
**-Państwowego Instytutu Badawczego**  
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

### PODANIE O PRAKTYKĘ KLINICZNĄ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **przedłużenie praktyki klinicznej przez lekarza/ lekarza dentyście\*\***

w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego / stażu kierunkowego \*\*

w dziedzinie .....

Klinika/Oddział/Zakład .....

Numer obecnej umowy o praktykę kliniczną.....

Preferowany termin (max. 6 miesięcy):.....

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo): .....

Uzasadnienie:.....

*Potwierdzam przesłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres: [praktykakliniczna@wim.mil.pl](mailto:praktykakliniczna@wim.mil.pl) skanu dokumentów wymaganych do podania zgodnie z §2 ust.2 Regulaminu odbywania praktyki klinicznej przez lekarza i lekarza dentyście w WIM-PIB.*

.....  
(podpis i pieczętka lekarza/lekarza dentysty)

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej*
- mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora*
- mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>) Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.*

.....  
(podpis i pieczętka lekarza/lekarza dentysty)

\*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki, w której realizowana będzie praktyka kliniczna: **POPIERAM / NIE POPIERAM\***

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczam.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji  
Opiekuna praktyki klinicznej

.....  
(podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej)

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki)

### **Wypełnia właściwy Wydział CKP - Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy (WKPL)**

dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **250 zł** uiszczonej na konto wskazane poniżej\*\*:  
**41 1130 1017 0020 0716 4222 2303**

- w tytule wpłaty: Nazwisko Imię\_ praktyka kliniczna\_ termin praktyki klinicznej

potwierdzam aktualność przedstawionej dokumentacji złożonej na podstawie podania nr.....

**Zweryfikowano pod względem formalnym.**

.....  
(podpis i pieczętka pracownika właściwego Wydziału CKP weryfikującego podanie )

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

\*niepotrzebne skreślić

\*\*z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB

ANEKS nr ..... z dnia .....

do umowy nr ..... z dnia .....

zawarty pomiędzy:

**Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym** z siedzibą w Warszawie, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810; NIP 113-23-93-221; REGON 015294487, zwanym dalej **WIM-PIB** reprezentowanym przez:  
**Zastępcę Dyrektora ds. Naukowych - płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa**

a **Panią/Panem:**

....., PESEL.....PWZ.....  
(imię i nazwisko)

zam. ...., tel. ....  
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

zwaną/ym dalej **Lekarzem,**

dalej zwanym łącznie **Stronami.**

o następującej treści :

1. W § 1 przedmiotowej umowy termin, w którym Lekarz zostaje przyjęty na praktykę kliniczną w ramach doskonalenia zawodowego/ realizacji stażu kierunkowego ulega przedłużeniu do dnia ..... roku.
2. Pozostałe postanowienia umowy nie ulegają zmianie.
3. Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Lekarz/lekarz dentyista odbywający praktykę kliniczną

.....  
Osoba reprezentująca WIM - PIB

.....  
(pieczęć WIM-PIB)

Warszawa, dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE  
O ODBYCIU PRAKTYKI KLINICZNEJ**

Zaświadcza się, że Pani/Pan.....PWZ .....  
realizowała/ł praktykę kliniczną w ramach doskonalenia zawodowego w dziedzinie  
.....  
na podstawie umowy o odbywanie praktyki klinicznej nr. .... z dnia .....  
w terminie od dnia..... do dnia .....  
w wymiarze czasu (liczba godzin tygodniowo): ....., łącznie.....  
w .....

*Zaświadczenie wydano na podstawie § 2 pkt 10 Regulaminu odbywania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym).*

.....  
(podpis i pieczęć Opiekuna praktyki klinicznej)

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika Komórki)

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika Wydziału CKP)

.....  
(podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora WIM-PIB ds. Naukowych)

Nr ...../20.....\*

\* Numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP odpowiedzialny za organizację praktyki klinicznej