

ZARZĄDZENIE NR⁷¹...../2025

DYREKTORA WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO

- PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO

z dnia^{11.04}.....2025 r.

**w sprawie regulaminu odbywania praktyki klinicznej
w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów
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 w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym.

2. Regulamin stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

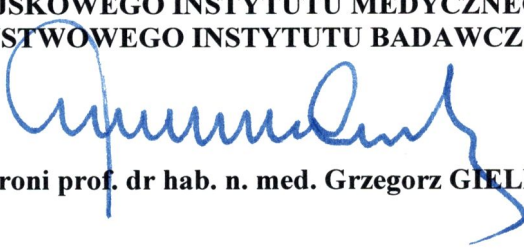
Traci moc Regulamin odbywania praktyki klinicznej w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Wojskowym Instytucie Medycznym wprowadzony Zarządzeniem Nr 123/2021 z dnia 10 września 2021 r.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 14 kwietnia 2025 r.

DYREKTOR

WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO-
PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO


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

**REGULAMIN ODBYWANIA PRAKTYKI KLINICZNEJ
W RAMACH DOSKONALENIA ZAWODOWEGO
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
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 praktyki klinicznej odpowiada Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM – PIB (CKP).
5. Decyzję w sprawie praktyki klinicznej podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM-PIB lub osoba przez niego upoważniona, po potwierdzeniu możliwości jej odbycia przez Kierownika Komórki, w której ma odbywać się praktyka kliniczna oraz pozytywnej opinii Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP odpowiedzialnego za jej organizację.

§2. Zasady przyjęcia na praktykę kliniczną

1. Lekarz/lekarz dentysta chcący odbyć praktykę kliniczną w WIM-PIB składa w CKP podanie o przyjęcie na praktykę kliniczną (Załącznik nr 1) na co najmniej 21 dni przed planowanym rozpoczęciem praktyki.
2. Lekarz/lekarz dentysta przesyła drogą mailową na adres praktykakliniczna@wim.mil.pl
 - 1) scan dyplomu ukończenia studiów wyższych,
 - 2) scan Prawa Wykonywania Zawodu (oryginał PWZ należy okazać do wglądu składając podanie o praktykę kliniczną),
 - 3) scan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
 - 4) scan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,

- 5) scan aktualnego ubezpieczenia OC oraz NNW obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
 - 6) klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 2),
 - 7) jedno zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
 - 8) dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł, uiszczonej na konto wskazane na stronie internetowej CKP (z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM-PIB).
3. Osoba chcąc odbyć praktykę kliniczną zobowiązana jest do złożenia dokumentów wymienionych w ust. 2 w terminie 21 dni przed planowanym rozpoczęciem praktyki klinicznej. W przypadku niedotrzymania tego terminu lub złożenia niekompletnych dokumentów wymienionych w ust. 2, termin rozpoczęcia praktyki klinicznej może ulec przesunięciu.
 4. Podanie o odbycie praktyki klinicznej opiniuje Kierownik Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP odpowiedzialny za organizację praktyki klinicznej. Następnie podanie rozpatruje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM-PIB lub osoba przez niego upoważniona, który/a wyraża lub nie wyraża zgody na praktykę kliniczną.
 5. Po uzyskaniu zgody na odbycie praktyki klinicznej, lekarz/lekarz dentysta podpisuje Umowę o odbywanie praktyki klinicznej (Załącznik nr 3).
 6. Po dopełnieniu przez lekarza/lekarza dentystę formalności wskazanych w ust. 1 i 2 oraz 4 pracownik Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP przekazuje informację do odpowiedniej komórki WIM-PIB oraz do zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty o możliwości rozpoczęcia praktyki klinicznej. Potwierdzenie dopełnienia przez lekarza/lekarza dentystę formalności jest warunkiem rozpoczęcia przez niego praktyki klinicznej.
 7. Najpóźniej pierwszego dnia praktyki klinicznej po odbyciu szkolenia wstępnego, lekarz/lekarz dentysta dostarcza do Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP (Załącznik nr 4).
 8. Umowę o odbywanie praktyki klinicznej, o której mowa w ust. 5 zawiera się na okres wskazany w podaniu, jednakże nie dłuższy niż 1 rok. Przed upływem okresu, na który umowa została zawarta, może ona zostać przedłużona po złożeniu przez lekarza/lekarza dentystę podania (Załącznik nr 5). Lekarz/lekarz dentysta podpisuje aneks do Umowy (Załącznik nr 6), przy zachowaniu pozostałych warunków wynikających z niniejszego Regulaminu z koniecznością uiszczenia ponownie opłaty kwalifikacyjnej.
 9. 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 wyznaczony

pracownik WKPL. Nieodbycie szkolenia przed rozpoczęciem praktyki klinicznej uniemożliwia jego realizację.

10. Po zakończeniu praktyki klinicznej lekarzowi/lekarzowi dentyście wydawane jest zaświadczenie (Załącznik nr 7). Warunkiem wydania ww. zaświadczenia jest zwrot do WKPL identyfikatora wydanego przez WIM-PIB.

§3. Obowiązki lekarza/lekarza dentysty odbywającego praktykę kliniczną

1. Lekarz/lekarz dentysta ma obowiązek:
 - a) uczestnictwa w szkoleniu wstępnym organizowanym przez WIM-PIB,
 - b) zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz NNW (zgodnie z zasadami wskazanymi w §2. ust. 2 pkt.5),
 - c) zaopatrzyć się w odpowiedni strój,
 - d) przestrzegać obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy i dyscypliny pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów o ochronie danych osobowych oraz ochronie tajemnicy państwowej i służbowej, procedur poekspozycyjnych, zachowania poufności pozyskanych informacji i danych osobowych w trakcie trwania praktyki klinicznej oraz po jej zakończeniu,
 - e) dbać 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,
 - f) starannie i terminowo wykonywać zadania zlecone przez Kierownika Komórki, w której odbywa się praktyka kliniczna oraz Opiekuna praktyki klinicznej,
 - g) nosić w widocznym miejscu identyfikator, wydany przez WIM-PIB.
2. Osobie odbywającej praktykę kliniczną zabrania się:
 - a) noszenia biżuterii,
 - b) malowania paznokci,
 - c) nakładania dodatkowego okrycia na odzież roboczą,
 - d) palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych na terenie placówki, a także spożywania alkoholu oraz substancji odurzających,
 - e) zachowywania się w sposób uznany za niemoralny i nieetyczny,
 - f) informowania pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i procesie leczenia.
3. Lekarz/lekarz dentysta może zostać skreślony z listy osób odbywających praktykę kliniczną ze skutkiem natychmiastowym w sytuacji rażącego naruszenia zapisów Regulaminu i umowy, w przypadku kilkukrotnego spóźnienia lub nieusprawiedliwionej nieobecności.

§4. Obowiązki WIM-PIB

1. WIM-PIB przyjmuje lekarza/lekarza dentystę na praktykę kliniczną i zobowiązuje się do:
 - a) zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków odbywania praktyki klinicznej,
 - b) zapewnienia opiekuna praktyki klinicznej,
 - c) przeprowadzenia szkolenia wstępnego m.in. z zakresu PPOŻ, BHP, RODO, epidemiologii,
 - d) wydanie identyfikatora,
 - e) wydania zaświadczenia potwierdzającego odbycie praktyki klinicznej
(Załącznik nr 7)
2. WIM-PIB nie zapewnia osobie odbywającej praktykę kliniczną ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń.
3. WIM-PIB nie zgłasza lekarza/lekarza dentysty do ubezpieczenia zdrowotnego.

§5. Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania, a jednocześnie traci moc poprzedni Regulamin.
2. WIM-PIB ma prawo do zmiany Regulaminu.
3. Kwestie nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane będą w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Warszawa, dnia

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Adres

Pesel

*tel.

*e-mail

Obywatelstwo

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

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **praktyki klinicznej** w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego **lekarzy i lekarzy dentystów**.

Klinika/Oddział/Zakład:.....

Preferowany termin:.....

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Dziedzina medycyny:

Uzasadnienie:.....

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

** 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 pieczęć zainteresowanego)

*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 Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy

- ☐ scan dyplomu,
- ☐ scan Prawa Wykonywania Zawodu,
- ☐ scan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
- ☐ scan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ scan ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- ☐ klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 2),
- ☐ zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
- ☐ dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **100 zł** uiszczonej na konto wskazane poniżej:
41 1130 1017 0020 0716 4222 2303

- z dopiskiem: Nazwisko Imię_ praktyka kliniczna_ termin praktyki klinicznej

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

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

.....
(podpis i pieczętka Kierownika WKPL)

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem praktyk klinicznych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów 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 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 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 dentysty oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. 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 dentystów., 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, którego 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 na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
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 dentysty do odbywania praktyki klinicznej w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

UMOWA NR.....
O ODBYWANIE PRAKTYKI KLINICZNEJ

zawarta w dniu 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 Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa

a Panią/Panem:

....., PESEL.....
(imię i nazwisko)

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

zwaną (zwanym) dalej Lekarzem.

§1.

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

w terminie od dnia.....do dnia
(termin rozpoczęcia i 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 dentystów (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 otrzyma od WIM-PIB wynagrodzenia, jak również zwrotu kosztów podróży, diet, czy innych związanych z jej odbywaniem.
- 3) Lekarz ponosi koszty w pełnej wysokości za szkody wyrządzone podczas praktyki klinicznej (w szczególności za uszkodzenie sprzętu, aparatury medycznej itp.), o ile do ich 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 szkody wyrządzone na

osobie (w szczególności wyrządzone pacjentowi) 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 na cały okres obowiązywania niniejszej Umowy we własnym zakresie umowy ubezpieczenia:
- OC,
 - NNW, obejmującego ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV) w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni.
- 5) WIM-PIB nie zapewnia Lekarzowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń.
- 6) WIM-PIB nie zgłasza Lekarza do ubezpieczenia zdrowotnego.

§3.

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczony/a zostaje:

.....
(tytuł, imię i nazwisko 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 zobowiązany jest do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Instytutu, 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).
3. Po zakończeniu praktyki klinicznej, Lekarzowi wydane zostanie 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.

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

.....
Osoba reprezentująca WIM-PIB

.....
(pieczęć Kliniki/Oddziału/Zakładu 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)

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

*tel.

*e-mail

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

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **przedłużenie** odbycia **praktyki klinicznej** w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego **lekarzy i lekarzy dentystów**.

Klinika/Oddział/Zakład :.....

Numer obecnej umowy o praktykę kliniczną:

Preferowany nowy termin:

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Dziedzina medycyny:

Uzasadnienie:

.....

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

** 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/numera 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 pieczęć zainteresowanego)

*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 pieczęć Opiekuna praktyki klinicznej)

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

Wypełnia Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy

- ☐ scan dyplomu,
- ☐ scan Prawa Wykonywania Zawodu,
- ☐ scan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
- ☐ scan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ scan ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- ☐ klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 2),
- ☐ zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
- ☐ dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **100 zł** uiszczonej na konto wskazane poniżej:
41 1130 1017 0020 0716 4222 2303

- z dopiskiem: Nazwisko Imię_ praktyka kliniczna_ termin praktyki klinicznej

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

.....
(podpis i pieczęć pracownika WKPL)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika WKPL)

*niepotrzebne skreślić

ANEKS nr z dnia

do umowy nr z dniao praktykę kliniczną

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 Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa

a Panią/Panem:

....., PESEL.....
(imię i nazwisko)

zam., tel.
(dokładny adres zamieszkania)

zwaną/ym dalej Lekarzem,

o następującej treści :

1. W § 1 przedmiotowej umowy termin, w którym Lekarz zostaje przyjęty na praktykę kliniczną w ramach doskonalenia zawodowego 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 dentysta odbywający praktykę kliniczną

.....
Osoba reprezentująca WIM - PIB

.....
(pieczęć WIM-PIB)

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYKI KLINICZNEJ

Zaświadcza się, że Pani/Pan..... realizowała/ł
(imię/imiiona i nazwisko lekarza/ lekarza dentysty)
praktykę kliniczną w ramach doskonalenia zawodowego w dziedzinie
(dziedzina medycyny)
na podstawie umowy o odbywanie praktyki klinicznej nr. z dnia
(nr umowy) (data podpisania umowy)
w terminie od dnia.....do dnia
(termin rozpoczęcia i zakończenia praktyki klinicznej)
w wymiarze czasu
(liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo)
W
(miejsce realizacji praktyki klinicznej)

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)