Imię nazwisko: Data:  
Adres do korespondencji / adres zamieszkania  
Pesel:   
Telefon:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku   
Okręgowa Izba Lekarska   
ul. Śniadeckich 33  
80-204 Gdańsk

ZAWIADOMIENIE O MOŻLIWOŚCI POPEŁNIENIA PRZEWINIENIA ZAWODOWEGO

Zawiadamiam o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego w dniu……..(data) w ……………….(miejsce popełnienia przewinienia zawodowego) poprzez …………………….. (opis czynu oraz dane lekarza, lub informacja, że lekarz jest nieznany z imienia i nazwiska, wskazanie osoby pokrzywdzonej i jej dane, jeśli jest to osoba inna niż zgłaszający) oraz wnoszę o wszczęcie w tej sprawie postępowania wyjaśniającego po dokonaniu czynności sprawdzających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

UZASADNIENIE

Należy tu zwięźle opisać stan faktyczny oraz zachowanie lekarza/lekarzy , które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przewinienia zawodowego, podać dowody na poparcie swoich twierdzeń. Dowodem w sprawie może być między innymi – zeznanie świadka, ze wskazaniem jego imienia nazwiska i adresu miejsca zamieszkania, ewentualnie zatrudnienia, wszelka dokumentacja medyczna, inne dokumenty - zwłaszcza protokoły czynności podejmowanych przed organami wymiaru sprawiedliwości i opinie biegłych .

……………………………………   
 (podpis skarżącego/pokrzywdzonego)

Załączniki: