**Załącznik nr 2 do Polityki zgłaszania nieprawidłowości w Grupie kapitałowej American Heart of Poland S.A.**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI** |
| **Podmiot, którego dotyczy zgłoszenie** |  |
| **Data wypełnienia formularza** |  |
| **Miejscowość wypełnienia formularza**  |  |
| **DANE ZGŁASZAJĄCEGO** **(wypełnić tylko w przypadku nieanonimowego zgłoszenia)** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Stanowisko piastowane w Spółce/powiązanie zawodowe ze Spółką** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **INFORMACJE O ZGŁASZANEJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI** |
| **Data wystąpienia Nieprawidłowości/powzięcia informacji o jej wystąpieniu** |  |
| **Miejsce wystąpienia Nieprawidłowości/powięcia informacji o jej wystąpieniu** |  |
| **Sposób pozyskania informacji o nieprawidłowości** |  |
| **Informacja o zgłoszeniu Nieprawidłowości do innego organu (wypełnić, jeżeli dotyczy)** |  |
| **DOKŁADNY OPIS ZGŁASZANEJ NIEPRAWIDŁOWOŚCI** **(charakterystyka zdarzenia, wskazanie osób zaangażowanych, czas i miejsce wystąpienia zdarzenia, istotne okoliczności wystąpienia zdarzenia, potencjalni świadkowie, możliwe straty i ryzyka związane ze sprawą – w tym także negatywny wpływ na wizerunek Spółki/Grupy AHP S.A.)** |
|  |
| **DANE POTENCJALNYCH ŚWIADKÓW WYSTĄPIENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI** |
| **Imię i nazwisko świadka** | **Stanowisko piastowane w Spółce (gdy dotyczy innej spółki - proszę ją wskazać)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **DOWODY ISTOTNE DLA SPRAWY** |
| **Dowód** | **Okoliczności, jakie mają być stwierdzone w związku z przeprowadzeniem dowodu** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **POSTANOWIENIE INSTRUKCJI/REGULAMINU LUB PRZEPIS PRAWA, KTÓRY ULEGŁ NARUSZENIU W OCENIE ZGŁASZAJĄCEGO** |
|  |
| **OŚWIADCZENIA ZGŁASZAJĄCEGO** **(zaznaczenie dwóch pierwszych oświadczeń warunkuje uzyskanie statusu Sygnalisty)** |
| **□ Oświadczam, iż mam świadomość potencjalnych negatywnych konsekwencji związanych z fałszywym zgłoszeniem nieprawidłowości.****□ Oświadczam, iż przedmiotowe zgłoszenie składam w dobrej wierze.****□ Oświadczam, iż żądam wydania pisemnego potwierdzenia złożenia zgłoszenia (możliwe tylko w przypadku zgłoszenia nie****anonimowego).** |
| **□ Oświadczam, iż niniejsze zgłoszenie zostało przeze mnie złożone w dobrej wierze.** |
| **□ Oświadczam, iż żądam wydania pisemnego potwierdzenia złożenia złoszenia (możliwe jedynie w razie dokonania zgłoszenia nie anonimowego)** |
| **ZAŁĄCZNIKI** **(w przypadku braku załączników należy wpisać „brak” w poniższym wierszu tabeli)** |
| **Lp.** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Podpis Zgłaszającego[[1]](#footnote-1)**

***Pouczenie:*** *w przypadku ustalenia w toku Postępowania Wyjaśniającego, iż w Zgłoszeniu Nieprawidłowości świadomie podano nieprawdę lub zatajono prawdę, Zgłaszający będący Pracownikiem Spółki należącej do Grupy kapitałowej American Heart of Poland S.A., może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej określonej w przepisach Kodeksu Pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320). Zachowanie takie może być również zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie skutkować rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia.*

*W przypadku Zgłaszającego, świadczącego na rzecz Spółki usługi lub dostarczającego towary, na podstawie umowy cywilnoprawnej, ustalenie dokonania fałszywego Zgłoszenia Nieprawidłowości skutkować może rozwiązaniem tejże umowy i definitywnym zakończeniem współpracy pomiędzy stronami.*

*Niezależnie od skutków wskazanych powyżej, Zgłaszający świadomie dokonujący fałszywego Zgłoszenia Nieprawidłowości może zostać pociągnięty do odpowiedzialności odszkodowawczej, w przypadku wystąpienia szkody po stronie Spółki w związku z fałszywym Zgłoszeniem.*

1. Podmiot dokonujący zgłoszenia w sposób anonimowy jest zwolniony z obowiązku złożenia własnoręcznego podpisu na formularzu. [↑](#footnote-ref-1)