



## Bonifratry Centrum Medyczne sp. z o.o.

### Oddział w Katowicach

ul. Ks. Leopolda Markiecki 87, 40-211 Katowice  
tel: 32 357 62 00, e-mail: szpital@bonifratry.katowice.pl

### INFORMACJA DLA STUDENTÓW REALIZUJĄCYCH PRAKTYKI ZAWODOWE

Informujemy, że z dniem **01 WRZEŚNIA 2023r.** wchodzi w życie nowa procedura realizacji praktyk studenckich w Bonifratry Centrum Medycznym Sp. z o.o. Oddział w Katowicach.

Osoby ubiegający się o realizację praktyk studenckich w oddziałach Bonifratry Centrum Medycznego Sp. z o.o. Oddział w Katowicach zobowiązane są do złożenia w Dziale Personalnym w terminie minimum 30 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia praktyki po wcześniejszym ustaleniu z Podmiotem **prośby z uzupełnionymi podpisami (zał. 1)\*** wraz z następującymi dokumentami:

1. Skierowanie (umowa) podpisane z ramienia Uczelni przez osobę uprawnioną
2. Kserokopię ważnej książeczki sanitarno – epidemiologicznej lub orzeczenie
3. Dokument potwierdzający szczepienia wzw typu B
4. Dokument potwierdzający ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków
5. Podpisaną klauzulę informacyjną przetwarzania danych osobowych (zał. 5)\*
6. Program praktyk

Warunkiem odbioru podpisanego przez Podmiot skierowania (umowy) oraz rozpoczęcia realizacji praktyki jest dostarczenie **zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie BHP**. Szkolenie BHP odbywać się będzie w każdy pierwszy i trzeci poniedziałek miesiąca po wcześniejszym zgłoszeniu na adres: [k.bednarek@bonifratry.katowice.pl](mailto:k.bednarek@bonifratry.katowice.pl).

W dniu rozpoczęcia praktyk należy dostarczyć do Działu Personalnego wypełniony **instruktaż stanowiskowy (zał. 4)\*** – jest możliwość wrzucenia dokumentu do skrzynki kadrowej przed Administracją (piętro 3).

W ostatnim dniu praktyk należy dostarczyć do Działu Personalnego potwierdzoną przez opiekuna praktyk **listę obecności (zał. 2)\*** oraz **ankietę oceny praktyki zawodowej (zał. 3)\***.

Nie dostarczenie wymienionych dokumentów skutkuje nie zaliczeniem praktyk ze strony Podmiotu oraz poinformowanie Uczelni o niedopełnieniu wszystkich formalności.

**UWAGA: wszelkie zmiany, bądź rezygnację z umówionego terminu praktyk należy niezwłocznie zgłaszać do Działu Personalnego Tel. 32 – 35 76 233.**

\* Do pobrania ze strony internetowej szpitala: [www.bcm.bonifratry.pl](http://www.bcm.bonifratry.pl)

Katowice, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nazwa uczelni)

.....  
(rok / kierunek)

.....  
(nr telefonu)

### PROŚBA

Zwracam się z prośbą o możliwość realizacji praktyk w Bonifraterskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. Oddział w Katowicach na oddziale: .....  
w terminie ..... w ilości ..... godzin.

.....  
(podpis studenta)

.....  
(Podpis Kierownika Oddziału / Pielęgniarki Oddziałowej)

.....  
(Dział Personalny)

## LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKANTA

Miesiąc: ..... rok: .....				
Dzień miesiąca	Godz. pracy		Podpis praktykanta	Ilość godz.
	od	do		
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				

Nazwisko i imię: .....

Termin praktyki: .....

Oddział / Dział: .....

Kierunek: .....

Nazwa szkoły: .....

.....  
(podpis Kierownika Oddziału/ Pielęgniarki Oddziałowej)

**ANKIETA  
OCENY PRAKTYK ZAWOWDOWYCH**

*Bonifraterskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Oddział w Katowicach*

Kierunek: .....

Nazwa Szkoły: .....

Termin praktyki: .....

Ankieta przeznaczona jest dla uczniów i studentów odbywających praktyki zawodowe. Celem jej jest dokonanie oceny czynników wpływających na realizację programu praktyk. Ankieta jest anonimowa. Wypełnione Ankiety prosimy wrzucać do skrzynki kadrowej przed wejściem do Administracji na trzecim piętrze.

L.p.	Przedmiot oceny	Bardzo dobrze (zdecydowanie tak)	Dobrze (raczej tak)	Średnio	Słabo (raczej nie)	Źle (zdecydowanie nie)
I.	<b>Ocena merytoryczna:</b> 1. Nauczyciel/opiekun był merytorycznie przygotowany do zajęć 2. Profil hospitalizowanych pacjentów umożliwił zrealizowanie programu 3. Program zajęć/praktyk został w pełni zrealizowany					
II.	<b>Ocena organizacji zajęć / praktyki:</b> 1. Warunki socjalne w szpitalu dla studentów/ uczniów ( pokoje, sale dydaktyczne, szatnie) 2. Przekaz informacji o terminie, programie i organizacji zajęć/ praktyk, powiadomienie o zmianach 3. Ocena terminowości – czy zajęcia rozpoczynały się i kończyły o czasie.					
III.	<b>Ocena atmosfery zajęć / praktyk:</b> 1. Czy nauczyciel/ opiekun był życzliwy i zaangażowany w nauczanie? 2. Czy zajęcia/ praktyki odbywały się w atmosferze przyjaznej dla dydaktyki? 3. Czy personel szpitala wspierał uczniów/ studentów? 4. Czy zajęcia w naszym Szpitalu są warte polecenia innym studentom /uczniom?					

Pracodawca

## KARTA INSTRUKTAŻU STANOWISKOWEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

	1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie .....
2. Pracodawca .....	
<b>Instruktaż stanowiskowy</b>	<p>Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy .....</p> <p>przeprowadził w dniu .....</p> <p style="text-align: right;">..... (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)</p> <p>Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy</p> <p>Pan(i) .....</p> <p>został(a) dopuszczony(a) do pracy.</p> <p style="text-align: right;">..... (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)</p>
	<p style="text-align: center;">..... (miejsowość i data )</p> <p style="text-align: right;">..... (pieczętka firmowa )</p>

\* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych prac.

\*\*Wypełnić w przypadkach, o których mowa w § 11 ust.1 pkt.2 i ust.2 i 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.



# Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

---

## Oddział w Katowicach

ul. Ks. Leopolda Markiefki 87, 40-211 Katowice  
tel: 32 357 62 00, e-mail: [szpital@bonifratrzy.katowice.pl](mailto:szpital@bonifratrzy.katowice.pl)

### KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH STUDENTÓW ODBYWAJĄCYCH PRAKTYKI W BONIFRATERSKIM CENTRUM MEDYCZNYM SP. Z O.O.

#### Dane administratora

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.  
ul. gen. R. Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław  
Tel. 71 712 07 00, fax. 71 712 07 01

#### Inspektor Ochrony Danych

We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w Bonifraterskim Centrum Medycznym sp. z o.o. można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@bonifratrzy.katowice.pl](mailto:iod@bonifratrzy.katowice.pl)

#### Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu dokonywania wszelkich czynności z zakresu odbycia praktyki studenckiej (art. 6 ust. 1 lit. b I e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO)).

Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

#### Informacje o odbiorcach danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz dostawcom usług technicznych i organizacyjnych, a w szczególności usług teleinformatycznych oraz firmom kurierskim i pocztowym.

#### Okres, przez który dane osobowe przechowywane

Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny dla realizacji celu.

#### Prawa przysługujące pacjentom w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

#### Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

#### Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.