



Bonifraterskie Centrum Medyczne

INFORMACJA DLA STUDENTÓW REALIZUJĄCYCH PRAKTYKI ZAWODOWE

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

Osoby ubiegający się o realizację praktyk studenckich w oddziałach Bonifraterskiego 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 wzv 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@bcmbonifratrzy.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: <https://bcmbonifratrzy.pl/praca/katowice>

Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach
ul. Ks. Leopolda Markiefki 87, 40-211 Katowice, +48 32 357 62 00, katowice@bcmbonifratrzy.pl

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, +48 530 424 426, sekretariat@bcmbonifratrzy.pl www.bcmbonifratrzy.pl

Adres do korespondencji: ul. Podwale 7, 50-043 Wrocław, NIP: 8992919206, REGON: 521336320

Kapitał zakładowy: 34 524 150 PLN, Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. KRS 0000952604

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

Nazwisko i imię:

Termin praktyki:

Oddział / Dział:

Kierunek:

Nazwa szkoły:

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				

.....
(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.	<p>Ocena merytoryczna:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nauczyciel/opiekun był merytorycznie przygotowany do zajęć 2. Profil hospitalizowanych pacjentów umożliwił zrealizowanie programu 3. Program zajęć/praktyk został w pełni zrealizowany 					
II.	<p>Ocena organizacji zajęć / praktyki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 rozpoczęły się i kończyły o czasie. 					
III.	<p>Ocena atmosfery zajęć / praktyk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 					

IV.	Ocena szpitala: <ol style="list-style-type: none">1. Warunki bytowe dla pacjentów (wyposażenie sal chorych, posiłki)2. Stosunek pracowników szpitala do pacjentów.3. Przestrzeganie praw pacjentów w naszym Szpitalu – prawo do informacji, do zachowania godności, prawo do ochrony danych osobowych, możliwość spotkania z rodziną.4. Szpital jest dobrze zorganizowany					
-----	---	--	--	--	--	--

Prosimy o podanie własnych spostrzeżeń dotyczących ewentualnych usprawnień w zakresie organizacji praktyk.

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy

Pracodawca

KARTA INSTRUKTAŻU STANOWISKOWEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

	1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie
	2. Pracodawca
Instruktaż stanowiskowy	<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;">..... (miejscowość 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

Klauzula obowiązku informacyjnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 zwane dalej RODO) informuje się, że:

- I. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gen. Traugutta 57/59, reprezentowane przez Zarząd,
- II. BCM wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie Pani Małgorzata Topyła-Komosa. Z IOD można się kontaktować pisząc na e-mail: iodbcm@bonifratrzy.pl
- III. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w następujących celach:
 - a) niezbędnych do zawarcia i realizacji porozumienia/umowy ze szkołami na odbycie praktyk w zakresie wskazanym w obowiązujących przepisach prawa - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
 - b) niezbędnych do zawarcia i realizacji porozumienia/umowy ze Starostami na odbycie stażu w związku z art. 53 ust. 4 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2019.1482 t.j.) - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
 - c) niezbędnych do wykonania porozumienia/umowy, której Pani/Pan jest stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem porozumienia/umowy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, w związku z art. 5 Ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o praktykach absolwenckich (t.j. Dz.U.2018.1244 z późn. zm.), a w pozostałych zakresie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych, która może być w każdym czasie odwołana;
 - d) niezbędnych do wykonania porozumienia/umowy na odbycie stażu płatnego, której Pani/Pan jest stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem porozumienia/umowy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;
 - e) wypełnienia obowiązków prawnych, ciążących na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. art. 304¹ w związku z art. 211 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j.: Dz.U.2019.1040 z późn. zm.), a w przypadku staży płatnych, również na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz.U.2019.900 t.j.) i Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U.2019.1387 t.j.);
 - f) ustalenia, obrony lub dochodzenia ewentualnych wzajemnych roszczeń – na podstawie art. 6 ust. 1 lit f) RODO.
- IV. W przypadku realizacji przez Administratora celów, o którym mowa w pkt. 4a) i 4b) powyżej, Pani/Pana dane osobowe zostaną pozyskane przez Administratora od szkoły, w której Pani/Pan jest uczniem lub Starosty w zakresie: imię (imiona) i nazwisko, rok studiów, kierunek studiów, numer albumu.
- V. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy/porozumienia o praktykę, staż, po jej/jego zakończeniu przez czas wynikający z obowiązujących przepisów prawa lub do czasu przedawnienia ewentualnych wzajemnych roszczeń.
- VI. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmioty świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora, w tym usługi hostingowe, ochrony fizycznej osób i mienia, a także usługi w zakresie BHP – na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych; zakłady opieki zdrowotnej w celach związanych z medycyną pracy, a także organy publiczne uprawnione do dostępu do tych danych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- VII. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
- VIII. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych w dowolnym momencie, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- IX. Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- X. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, czy organizacji międzynarodowej.
- XI. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, +48 530 424 426, sekretariat@bcmbonifratrzy.pl www.bcmbonifratrzy.pl

Adres do korespondencji: ul. Podwale 7, 50-043 Wrocław, NIP: 8992919206, REGON: 521336320

Kapitał zakładowy: 34 524 150 PLN. Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000952604