



## Bonifraterskie Centrum Medyczne

### INFORMACJA DLA STUDENTÓW REALIZUJĄCYCH PRAKTYKI ZAWODOWE

Osoby ubiegające się o realizację praktyk studenckich w Bonifraterskim Centrum Medycznym 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 do celów sanitarno-epidemiologicznych
3. Dokument potwierdzający szczepienie: WZW typu B
4. Dokument potwierdzający ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków
5. Podpisaną klauzulę informacyjną przetwarzania danych osobowych (zał. 5)\*
6. Program praktyk
7. Zaświadczenie o niekaralności

Warunkiem koniecznym do odbioru podpisanego przez Podmiot skierowania (umowy) oraz rozpoczęcia realizacji praktyki jest dostarczenie **karty szkolenia wstępnego w zakresie BHP**. Szkolenie BHP odbywać się będzie w ustalonym terminie, po wcześniejszym zgłoszeniu się na adres: [k.bednarek@bcmbonifratrzy.pl](mailto:k.bednarek@bcmbonifratrzy.pl). W dniu rozpoczęcia praktyk należy dostarczyć do Działu Personalnego wypełniony **instruktaż stanowiskowy (zał. 4)\*** – jest możliwość złożenia 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) 357 62 33**

\* Do pobrania ze strony internetowej szpitala:

<https://bcmbonifratrzy.pl/praca/praktyki-w-katowicach/>

Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach  
ul. Ks. Leopolda Markieckiego 87, 40-211 Katowice, +48 32 357 62 00, [katowice@bcmbonifratrzy.pl](mailto: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](mailto:sekretariat@bcmbonifratrzy.pl) [www.bcmbonifratrzy.pl](http://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 o realizację praktyk studenckich**

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)

.....  
(Dział Personalny)

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

## LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKANTA

| Miesiąc: ..... rok: ..... |             |    |                    |             |
|---------------------------|-------------|----|--------------------|-------------|
| Dzień<br>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.*

| Lp.         | Przedmiot oceny                                                                                                                                                                                      | 5- bardzo dobrze<br>(zdecydowanie tak) | 4 - dobrze<br>(raczej tak) | 3 - średnio | 2 - słabo<br>(raczej nie) | 1 - źle<br>(zdecydowanie nie) |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------------|
| <b>I.</b>   | <b>Ocena merytoryczna:</b><br>Przygotowanie merytoryczne opiekuna praktyk                                                                                                                            |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Stopień pogłębienia wiedzy (np. uzyskanie nowej wiedzy lub możliwość pogłębienia i utrwalenia już znanej)                                                                                            |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Realizacja programu praktyk studenckich                                                                                                                                                              |                                        |                            |             |                           |                               |
| <b>II.</b>  | <b>Ocena organizacji zajęć/praktyk:</b><br>Warunki, w których odbywała się praktyka (np. wyposażenie w sprzęt, liczba chorych, zakres diagnostyki, leczenia, warunki dla pacjentów i studentów itp.) |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Organizacja i przystępność przekazywania informacji przez opiekuna praktyk                                                                                                                           |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Ocena terminowości – czy zajęcia rozpoczynały się i kończyły o czasie                                                                                                                                |                                        |                            |             |                           |                               |
| <b>III.</b> | <b>Ocena atmosfery zajęć/praktyk:</b><br>Stosunek opiekuna w miejscu realizacji praktyki do studentów (np. życzliwość, opieka, gotowość do udzielania wsparcia itp.)                                 |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Czy zajęcia/ praktyki odbywały się w atmosferze przyjaznej dla dydaktyki?                                                                                                                            |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Stosunek pracowników Oddziału do Praktykantów                                                                                                                                                        |                                        |                            |             |                           |                               |
|             | Czy zajęcia w naszym Szpitalu są warte polecenia innym Praktykantom?                                                                                                                                 |                                        |                            |             |                           |                               |
| <b>IV.</b>  | <b>Ocena szpitala:</b><br>Warunki bytowe dla pacjentów (wyposażenie, sale chorych, posiłki, opieka itp.)                                                                                             |                                        |                            |             |                           |                               |

|  |                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|  | Stosunek pracowników szpitala do pacjentów                                                                                                                      |  |  |  |  |  |
|  | Przestrzeganie praw pacjentów w naszym Szpitalu – prawo do informacji, do zachowania godności, prawo do ochrony danych osobowych, możliwość spotkania z rodziną |  |  |  |  |  |
|  | Ogólna organizacja Szpitala                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |

**Ewentualne inne Pani/Pana uwagi odnoszące się do ocenianej praktyki zawodowej**

(np. czy Pani/Pana zdaniem praktyka zawodowa powinna odbywać się w tym ocenianym miejscu; czy opiekunem praktyk zawodowych powinna być nadal wyznaczona osoba; jakich czynności nie miała Pani/Pan możliwości wykonać w czasie ocenianej praktyki; co można by zmienić w ocenianej praktyce; itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dziękujemy**

.....  
Pracodawca

## KARTA INSTRUKTAŻU STANOWISKOWEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko osoby<br>odbywającej szkolenie ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Pracodawca .....                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Instruktaż stanowiskowy</b>                       | <p>Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy .....</p> <p>przeprowadził w dniu .....</p> <p style="text-align: right;">.....<br/>(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;">.....<br/>(podpis osoby, której udzielono instruktażu*)</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 10px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>.....<br/>( miejscowość i data )</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>(pieczęćka firmowa )</p> </div> </div> |

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



## 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](mailto: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, ciężących na Administratorze - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. art. 304<sup>1</sup> 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, przenoszenia 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](mailto:sekretariat@bcmbonifratrzy.pl) [www.bcmbonifratrzy.pl](http://www.bcmbonifratrzy.pl)

Adres do korespondencji: ul. Podwaie 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