

# Formularz

## ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Opis nieprawidłowości

Termin / przedział czasowy wystąpienia nieprawidłowości

Posiadane dowody

Domniemany sprawca / domniemani sprawcy

Świadek / świadkowie

Uwagi dodatkowe

### DANE KONTAKTOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej naruszenie

Miejsce pracy-stanowisko

Telefon

E-mail

Data zgłoszenia

---

Czytelny podpis