

ZAŁĄCZNIK NUMER 5 DO SOM

Podmiot leczniczy:

Pure Dental Clinic Monika Maślińska- Brazulewicz
Al. gen. Józefa Hallera 134 lok. 228, 80-416 Gdańsk
email rejestracja@puredentalclinic.pl, telefon + 48 790 800 451
NIP: 5832916999, numer księgi rejestrowej: 000000230853

WZÓR

WZÓR ZAWIADOMIENIA O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA

Gdańsk, dnia

Prokuratura Rejonowa w

.....

Zawiadamiający:

(imię i nazwisko lub nazwa)

(adres do korespondencji)

ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Niniejszym składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwatyp przestępstwa) na szkodę małoletniego (imię i nazwisko, data urodzenia) przez (imię i nazwisko domniemanego sprawcy).

Uzasadnienie

W dniu, w trakcie wykonywania przeze mnie czynności zawodowych, tj. u małoletniego (imię i nazwisko) w (nazwa podmiotu leczniczego) uzyskałem/am informacje o/zaobserwowałem/am

.....

(opis podejrzenia popełnienia przestępstwa: kiedy i gdzie miało miejsce zdarzenie, kto mógł je widzieć lub wiedzieć o nim, kto mógł je popełnić. Należy wypełnić zgodnie z tym, co się wydarzyło).

Mając na uwadze powyższe informacje, a także dobro i bezpieczeństwo małoletniego, wnoszę o wszczęcie postępowania w tej sprawie.

W przypadku konieczności przesłuchania w charakterze świadka lekarzy z ww. placówki medycznej, wnoszę o uprzednie zwolnienie z tajemnicy lekarskiej.

.....
(podpis zawiadamiającego)

Gdańsk dnia 15 sierpnia 2024 r.

.....
Podpis Kierownika PDC