

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NARUSZENIA**

przepisów prawa

i/lub procedur obowiązujących w Grupie Polpharma, takich jak Kodeks Etyki lub Globalna  
Polityka Compliance

Dziękujemy za chęć zgłoszenia zauważonego naruszenia. Poniższy formularz zbiera wszystkie informacje niezbędne do rozpatrzenia zgłoszenia.

Prosimy o podanie jak najbardziej **szczegółowych i dokładnych** danych, co umożliwi nam dokonanie starannej analizy opisanego zdarzenia i pomoże w rozwiązaniu problemu.

Zanim poprosimy Cię o opis zdarzenia, zapoznaj się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania Twoich danych osobowych.

**KLAUZULA INFORMACYJNA****Informacja o Administratorze danych osobowych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych; dalej: RODO) informujemy, iż:

**[Administrator i Inspektor ochrony danych osobowych, dane kontaktowe]**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka Grupy Polpharma, której dotyczy zgłoszenie podejrzenia naruszenia prawa, Kodeksu Etyki lub zasad Globalnej Polityki Compliance Grupy Polpharma, czyli:

1.1. Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A z siedzibą w Warszawie (01-207), ul. Karolkowa 22/24, wpisana do rejestru przedsiębiorców KRS pod numerem 0000147193, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 5250000481, REGON 000043937, kapitał zakładowy: 230.000.000 złotych, opłacony w całości oraz

1.2. Zakłady Farmaceutyczne „Polpharma” S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim (83-200), ul. Pelplińska 19, wpisana do rejestru przedsiębiorców KRS pod numerem 0000127044, przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 5920202822, REGON 190929369, kapitał zakładowy: 100.207.830 złotych, opłacony w całości;

(każda indywidualnie zwana dalej: „Administratorem”).

2. Kontakt z Administratorem jest możliwy pisemnie – na adres wskazany w punktach: 1. (powyżej) oraz 2 (poniżej).

3. Administrator powołał Inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pan/Pani skontaktować we wszelkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych pisząc na adres: Inspektor ochrony danych osobowych, Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A. (dane do kontaktu) ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa lub na adres e-mail [iod@polpharma.com](mailto:iod@polpharma.com) lub telefonicznie – pod numerem + 48 22 364 63 11.

**[Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych]**

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:

- 4.1 wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w postaci zbierania Zgłoszeń celem niedopuszczenia do popełnienia przestępstwa i reagowania na działania niezgodne z prawem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 304§1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks postępowania karnego, art. 201§1 oraz 368§1 Ustawy z dnia 15 września 2000r. Kodeks spółek handlowych i art. 3 Ustawy z dnia 28 października 2002r. Ustawa o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
- 4.2 komunikacji z Panią/Panem w związku z Pani/Pana wiadomością przesłaną za pośrednictwem formularza kontaktowego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora, którym jest komunikacja z osobą, która zainicjowała kontakt z Administratorem;
- 4.3 ewentualnie ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń pomiędzy Panią/Panem a Administratorem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń.

5. Wobec Pani/Pana nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do nawiązania kontaktu z Administratorem (nie podanie danych skutkuje niemożliwością udzielenia odpowiedzi przez Administratora).

**[Kategorie odbiorców danych osobowych]**

7. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane następującym podmiotom: podmiotom z Grupy Polpharma, w tym Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, oraz Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A. z siedzibą w Warszawie, w celu odpowiedzi na zapytania kierowane za pośrednictwem formularza), dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi doradcze, prawnicze.

8. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione adwokatowi lub radcy prawnemu, który na podstawie umowy z podmiotem z Grupy Polpharma jest uprawniony do przetwarzania tych danych i daje rękojmię zgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych oraz którego obowiązuje tajemnica ustawowa.

9. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

10. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym ani organizacji międzynarodowej.

**[Okres przechowywania danych osobowych]**

11. Dane osobowe przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i f) RODO będą przetwarzane do zakończenia Postępowania sprawdzającego, a w przypadku stwierdzenia zaistnienia Czynu niezgodnego z prawem, postanowieniami Kodeksu Etyki lub zasadami Globalnej Polityki Compliance Grupy Polpharma do czasu przedawnienia odpowiedzialności pracowniczej lub kontraktowej lub do czasu zakończenia postępowania karnego lub innego postępowania administracyjnego lub sądowego związanego z tą odpowiedzialnością.

12. Po upływie powyższego okresu dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń.

**[Prawa]**

13. Przysługuje Pani/Panu: prawo dostępu do danych Pani/Pana dotyczących, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych osobowych.

14. W celu skorzystania z praw wymienionych powyżej należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem ochrony danych osobowych (dane kontaktowe wskazane wyżej).

15. Nadto przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeśli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza RODO.

## Opis zdarzenia z podaniem miejsca, czasu i okoliczności naruszenia

**WAŻNE:** Aby zgłoszenie zostało przyjęte i procedowane, potrzebujemy odpowiedzi na przynajmniej 3 z poniższych pytań.

### Co się wydarzyło?

Poniższa lista pomoże Ci doprecyzować opis naruszenia:

\* kradzież majątku Grupy Polpharma \* działania korupcyjne \* wpływanie na proces zakupowy \* konflikt interesów \* fałszowanie dokumentów \* naruszenie praw pracowniczych \* działania antykonkurencyjne \* naruszenia związane z promocją i sprzedażą produktów grupy Polpharma \* naruszenie praw własności intelektualnej \* zanieczyszczenie środowiska \* naruszenie zasad BHP \* naruszenie zasad bezpieczeństwa i jakości produktów \* inne

.....

.....

.....

.....

.....

**Gdzie miało miejsce zdarzenie?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Kiedy (orientacyjnie) doszło do zdarzenia/ jak długo ono trwało?**

.....  
.....  
.....

**Czy istnieje zagrożenie dla życia i bezpieczeństwa ludzi w związku z naruszeniem?**

**TAK      NIE**

**Czy jesteś w stanie wskazać sprawcę/sprawców naruszenia?**

**TAK      NIE**

**Wskaż sprawcę/sprawców naruszenia.**

**(jeśli nie znasz personaliów, podaj inne informacje przydatne w identyfikacji)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**W jakiej spółce z Grupy Polpharma sprawca jest zatrudniony?**

**W jakim podmiocie zewnętrznym sprawca jest zatrudniony?**

.....  
.....

**W jaki sposób doszło do zdarzenia / jaki był mechanizm działania sprawcy/sprawców?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Dlaczego doszło do zdarzenia, co mogło być motywem działania sprawcy/sprawców?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Jakie narzędzia (w tym elektroniczne, np. systemy) zostały wykorzystane?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wskaż osoby, które mogą potwierdzić wydarzenie, być świadkami, lub mieć inny związek z naruszeniem:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Czy chcesz podać jakieś dodatkowe informacje, które pomogą w wyjaśnieniu sprawy?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Czy jesteś pracownikiem lub współpracownikiem spółki z Grupy Polpharma?**

**TAK      NIE**

**Czy korzystałeś już z innych form/metod zgłoszenia naruszenia? Jeśli tak, to napisz jakich i z jakim skutkiem.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Twoje imię, nazwisko oraz dane kontaktowe (np. e-mail, telefon):**

Nie musisz wypełniać tego pola. Pamiętaj jednak, że Twoje dane:

- są poufne,
- umożliwią nam informowanie Cię o wszczętym postępowaniu i jego efektach,
- mogą nam pomóc w wyjaśnieniu sprawy.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....