

ZARZĄDZENIE Nr 143

WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

z dnia 19 marca 2012 r.

w sprawie sposobu ustalenia wysokości wynagrodzenia członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie

Na podstawie art. 67h ust. 1 pkt. 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i poz. 660 i Nr 234, poz. 1388) w związku z art. 17 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. Nr 31, poz. 206, z 2010 r. Nr 40, poz. 230 oraz z 2011 r. Nr 22, poz. 114, Nr 92, poz. 529, Nr 163, poz. 981 i Nr 185, poz. 1092) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wysokość wynagrodzenia członka składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie ustala się na kwotę 430 złotych za udział w posiedzeniu odbywającym się w jednym dniu.

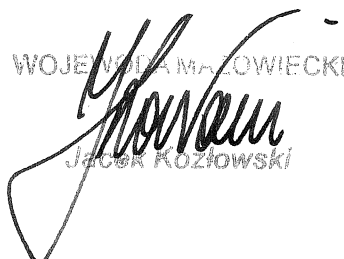
§ 2. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 1, wypłacane jest za dany miesiąc na podstawie:

- 1) listy obecności na posiedzeniu składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie, której wzór określa załącznik nr 1;
- 2) zestawienia zbiorczego o liczbie posiedzeń i wysokości wynagrodzenia członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie, którego wzór określa załącznik nr 2.

§ 3. Wynagrodzenie, o którym mowa w § 1, wypłacane jest do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym.

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorom: Wydziału Zdrowia, Wydziału Finansów, Biura Administracyjno-Budżetowego, Biura Kadr i Organizacji Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą od dnia 1 stycznia 2012 r.

WOJEWODA MAZOWIECKI

JACEK KOZŁOWSKI

**WOJEWÓDZKA KOMISJA
DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W WARSZAWIE**

Plac Bankowy 3 / 5, 00-950 Warszawa
tel. (22) 695 62 41; 695 67 08 /fax (22) 695 69 01
e-mail: zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl

Warszawa, dnia

Lista obecności na posiedzeniu składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie

w dniu

sygnatura akt: WKOZDM/Wa//.....

L.p.	Imię i nazwisko członka składu orzekającego	Podpis
1.		
2.		
3.		
4.		

.....
(data i podpis Przewodniczącego składu orzekającego)

.....
potwierdzam*
(data i podpis Dyrektora Wydziału Zdrowia
lub osoby upoważnionej)

*potwierdzenie dotyczy obecności członków składu orzekającego komisji na posiedzeniu

**WOJEWÓDZKA KOMISJA
DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W WARSZAWIE**

Plac Bankowy 3 / 5, 00-950 Warszawa
tel. (22) 695 62 41; 695 67 08 / fax (22) 695 69 01
e-mail: zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko Przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji)

**Dyrektor
Biura Kadr i Organizacji
Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego
w Warszawie**

Działając na podstawie art. 67h ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) w zw. z § 21 ust. 3 Regulaminu działania Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie stanowiącego załącznik do uchwały Nr 2/2012 Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie „Regulaminu działania Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie”, przedstawiam informację o liczbie posiedzeń i wynagrodzeniu Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie w miesiącu

Lp.	Imię i nazwisko członka Wojewódzkiej Komisji	Liczba posiedzeń w miesiącu	Kwota wynagrodzenia za udział w posiedzeniu	Kwota do wypłaty

.....
sporządził
(data i podpis Przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji)

.....
sprawdził
(data i podpis pracownika Wydziału Zdrowia)

.....
potwierdzam**
(data i podpis Dyrektora Wydziału Zdrowia
lub osoby upoważnionej)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej dokumenty w BKO)

* podać nazwę miesiąca i rok

** potwierdzenie dotyczy liczby posiedzeń w danym miesiącu i wynagrodzenia