

ZARZĄDZENIE Nr 172
WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

z dnia 16 kwietnia 2015 r.

**w sprawie 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 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245) w związku z art. 17 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2009 r. Nr 31, poz. 206, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wysokość wynagrodzenia członka składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie, zwanej dalej „Komisją”, ustala się na kwotę:

- 1) 300 złotych za udział w pierwszym posiedzeniu w sprawie;
- 2) 250 złotych za udział w drugim posiedzeniu w sprawie;
- 3) 200 złotych za udział w trzecim posiedzeniu w sprawie;
- 4) 10 złotych za udział w czwartym i każdym kolejnym posiedzeniu w sprawie.

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

- 1) listy obecności na posiedzeniu składu orzekającego Komisji, której wzór określa załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 2) zestawienia zbiorczego o liczbie posiedzeń i wysokości wynagrodzenia członków Komisji, którego wzór określa załącznik nr 2 do zarządzenia.

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

§ 4. Traci moc zarządzenie Nr 621 Wojewody Mazowieckiego z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ustalenia wysokości wynagrodzenia członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 40, poz. 230 oraz z 2011 r. Nr 22, poz. 114, Nr 163, poz. 981 i Nr 185, poz. 1092.

§ 5. Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorom Wydziału Zdrowia, Wydziału Finansów, Certyfikacji i Rozwoju Regionalnego, Biura Budżetowo-Księgowego, Biura Kadr i Organizacji Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie.

§ 6. 1. Zarządzenie obowiązuje do dnia 31 sierpnia 2015 r.

2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą od dnia 1 kwietnia 2015 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 69 47/fax (22) 695 69 01
e-mail: zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl

Warszawa, dnia

**Lista obecności na posiedzeniach składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania
o Zdarzeniach Medycznych w dniu**

L.p.	Sygn. akt	Kolejność posiedzenia	Imię i nazwisko członka składu orzekającego	Podpis członka składu orzekającego	Podpis przewodniczącego składu orzekającego

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

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

Plac Bankowy 3 / 5, 00-950 Warszawa
tel. (22) 695 62 41, 695 69 47/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 2012 r. poz. 159 i 742, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 1822) 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 członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie w miesiącu *

L.p.	Imię i nazwisko	Liczba posiedzeń płatnych po 300 zł	Liczba posiedzeń płatnych po 250 zł	Liczba posiedzeń płatnych po 200 zł	Liczba posiedzeń płatnych po 10 zł	Kwota do wyплаты

.....
sporządził i potwierdził **
(data i podpis Przewodniczącego Komisji)

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

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

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

* podać miesiąc i rok

** potwierdzenie dotyczy obecności członków składu orzekającego komisji na posiedzeniu