

UCHWAŁA Nr 10/2025

**Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu
z dnia 22 września 2025 r.**

**w sprawie : uchwalenia Regulaminu Organizacyjnego Jednostek Organizacyjnych Towarzystwa
Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum”**

Działając zgodnie na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025, poz. 450 z późn.zm.) w związku z § 28 ust. 1 pkt. c – Statutu Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu, Zarząd TPCh uchwala, co następuje :

§ 1

Z dniem 22 września 2025r. Zarząd Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” uchwala Regulamin Organizacyjny Jednostek Organizacyjnych TPCh „Sądeckie Hospicjum”, którego treść stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Jednostek Organizacyjnych TPCh „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu.

§ 3

Z dniem podjęcia niniejszej uchwały traci moc Regulamin Organizacyjny Jednostek Organizacyjnych TPCh „Sądeckie Hospicjum” z dnia 05.12.2016r. wraz z późn.zm.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia tj. **22 września 2025r.**

SKARBNIK
TPCh Sądeckie Hospicjum
Drocy
Dominika Króczek

PREZES
TPCh Sądeckie Hospicjum
Mieczysław Kaczwiński
Mieczysław Kaczwiński

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Jednostek Organizacyjnych Towarzystwa Przyjaciół Chorych
„Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu

Rozdział I
FIRMA PODMIOTU

§ 1

1. Jednostki organizacyjne, zwane w dalszej części *Podmiotem* działają pod firmą Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu.
2. Ilekroć w Regulaminie mowa o oddziałach dotyczy to : „*hospicjum stacjonarnego i zakładu opiekuńczo-leczniczego*”

§ 2

Obszarem działania Podmiotu jest Rzeczpospolita Polska.

Rozdział II
CELE I ZADANIA PODMIOTU

§ 3

1. Celem działalności Podmiotu jest:

- a) ochrona i promocja zdrowia, w szczególności opieka medyczna dla osób ciężko i przewlekle chorych, ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych terminalnie,
- b) podejmowanie wszechstronnych i aktywnych działań, mających na celu zaspokojenie wielorakich cielesnych, psychicznych i duchowych potrzeb chorych z nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienie profesjonalnego wsparcia rodzinie i opiekunom w okresie choroby i osierocenia po stracie bliskiej osoby,
- c) działanie na rzecz osób niepełnosprawnych,
- d) nauka, edukacja i oświata, w szczególności w zakresie ochrony zdrowia,
- e) promocja i organizacja wolontariatu,
- f) działalność charytatywna,
- g) działania na rzecz osób w podeszłym wieku,
- h) działania na rzecz rodziny.

Rozdział III

STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 4

Organem Podmiotu jest Zarząd i Dyrektor, który ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Podmiotem. Dyrektor wykonuje zadania określone w Statucie Podmiotu i powszechnie obowiązujących przepisach prawa przy pomocy osób funkcyjnych.

§ 5

1. Działalność leczniczą Podmiotu prowadzą następujące jednostki :
 - a) Hospicjum Stacjonarne,
 - b) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy,
 - c) Dział Farmacji.
2. Strukturę organizacyjną Podmiotu uzupełniają komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska o charakterze medycznym, administracyjnym, technicznym i gospodarczym.
3. Schemat organizacyjny Podmiotu stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 6

Podmioty zewnętrzne i osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w imieniu Podmiotu w oparciu o umowy cywilno-prawne przestrzegają postanowień niniejszego Regulaminu.

Rozdział IV

RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 7

1. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne polegające na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz przewlekle chorymi jak również opieki nad rodzinami tych pacjentów.
2. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - a) opieki paliatywno-hospicyjnej w ramach hospicjum stacjonarnego,
 - b) opieki długoterminowej w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym.

§ 8

Podmiot podaje do wiadomości publicznej w sposób zwyczajowo przyjęty informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tej informacji nie może mieć cech reklamy.

§ 9

Na wniosek pacjenta Podmiot, udziela :

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod,

- 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dotyczących Podmiotu.

§ 10

Podmiot wykonuje działalność leczniczą wskazaną w § 5 w zakresie zgodnym z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy.

Rozdział V

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 11

1. Siedzibą Podmiotu i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest miasto Nowy Sącz ul. Nawojowska 155 a.
2. Dane kontaktowe: tel. 531 900 575, e-mail: hospicjum@nowysacz.pl, adres strony internetowej : www.hospicjum.nowysacz.pl.

Rozdział VI

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ W JEDNOSTKACH LUB KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU

A. PRZYJĘCIE DO HOSPICIUM STACJONARNEGO I ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

§ 12

Hospicjum stacjonarne organizuje świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający najbardziej dogodną dla pacjentów formę korzystania z usług.

§ 13

1. Do hospicjum stacjonarnego przyjmowany jest pacjent :
 - a) ze schorzeniami nowotworowymi w terminalnym ich stadium po zakończeniu leczenia przyczynowego, ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z adnotacją, że zakończono leczenie przyczynowe,
 - b) z chorobą przewlekłą ze skierowaniem, w przypadku gdy pacjent spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi udzielanymi w warunkach stacjonarnych.
2. Zgłoszenia do objęcia pacjenta opieką w hospicjum stacjonarnym odbywają się w każdej formie (osobiście, lub przez osoby trzecie).
3. Pielęgniarka Naczelna ustala z pacjentem bądź osobą zgłaszającą datę przyjęcia pacjenta do hospicjum stacjonarnego.
4. Osoba zgłaszająca się do hospicjum stacjonarnego poddaje się badaniu kwalifikacyjnemu, które przeprowadza lekarz hospicjum stacjonarnego.
5. Przed badaniem pacjent lub jego opiekun dokonuje rejestracji, w trakcie której przedkłada następujące dokumenty :

- a) Skierowanie, e-skierowanie zawierające podstawowe informacje personalne oraz rozpoznanie choroby kwalifikujące przyjęcie do hospicjum,
 - b) wniosek o przyjęcie do hospicjum stacjonarnego – załącznik Nr 2 do regulaminu,
 - c) dokument pozwalający ustalić tożsamość,
 - d) dokumentację medyczną – kserokopie (np. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, dokumentacja lekarza POZ).
 - e) dowód ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Po dokonaniu rejestracji i wyrażeniu zgody na pobyt, pacjent zostaje przyjęty do hospicjum stacjonarnego.
 7. Jeśli pacjent nie jest w stanie świadomie udzielić zgody na pobyt w hospicjum stacjonarnym z powodu swojego stanu zdrowia lub wieku, fakt ten stwierdza lekarz przyjmujący pacjenta do hospicjum stacjonarnego, składając swój podpis w dokumentacji. W takiej sytuacji zamiast zgody pacjenta, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub osoby faktycznie sprawującej opiekę. W przypadku braku takiej osoby, zgoda na świadczenie musi być uzyskana od Sądu.
 8. Przyjęcie do hospicjum stacjonarnego może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.
 9. W razie braku możliwości przyjęcia do hospicjum stacjonarnego pacjent zostanie wpisany na listę oczekujących.
 10. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego pacjent przyjmowany jest zgodnie z „Zasadami Przyjęcia Pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego” – załącznik Nr 3 do niniejszego Regulaminu.

B. POBYT PACJENTA W HOSPICJUM STACJONARNYM I ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM

§ 14

1. W trakcie czynności administracyjnych związanych z przyjęciem pacjenta do hospicjum i ZOL pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka przez nią wyznaczona informuje pacjenta a jeżeli zachodzi taka potrzeba również jego bliskich o :
 - a) obowiązującym w oddziale rozkładzie dnia,
 - b) możliwości oddania do depozytu rzeczy wartościowych – zgodnie z Regulaminem depozytu, który stanowi załącznik Nr 4 do niniejszego regulaminu,
 - c) rozmieszczeniu poszczególnych pomieszczeń, z których pacjent będzie korzystał (w tym wskazuje lokalizację gabinetu lekarza, pielęgniarki oddziałowej, pokoju pielęgniarek, łazienki),
 - d) możliwości kontaktowania się ze środowiskiem zewnętrznym (telefon, odwiedziny, itp.),
 - e) przysługujących prawach składania skarg, zażaleń i wniosków u lekarza kierującego oddziałem lub Dyrektora Podmiotu oraz możliwości wpisów w Księdze pochwał i skarg,
 - f) podstawowych uprawnieniach osób leczonych w oddziałach oraz wskazuje możliwość zapoznania się z pełnym katalogiem praw pacjenta,
2. Pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka przez nią wyznaczona odbiera od pacjenta *Oświadczenie pacjenta rozpoczynającego opiekę hospicyjną lub długoterminową wg. obowiązującego wzoru.*

3. Pacjent udaje się do przydzielonej sali chorych pod opieką pielęgniarki, która przedstawia go pozostałym pacjentom odbywającym terapię.

§ 15

1. Lekarz sprawujący opiekę nad chorym, w dniu przyjęcia zapoznaje się z nim podając w przystępny sposób informację na temat zamierzonego postępowania diagnostycznego i leczniczego.
2. Lekarze sprawujący opiekę nad chorym mają obowiązek bieżącego monitorowania jego stanu zdrowia poprzez wykonywanie codziennych obchodów (co najmniej dwa razy dziennie), przeprowadzanie badań fizykalnych i wywiadów lekarskich, weryfikowanie wyników badań, zlecanie środków farmakologicznych i wykonywanie innych czynności gwarantujących najwyższej jakości usługi medyczne.

§ 16

Pacjent przebywający w hospicjum lub ZOL ma prawo do :

- 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
- 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz oraz prawo do odmowy takiego kontaktu,
- 3) opieki duszpasterskiej.

§ 17

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych odbywają się codziennie w godzinach od 8.00 – 19.00.
2. Wszyscy odwiedzający powinni opuścić Podmiot o godzinie 19.00.
3. Odwiedziny odbywają się w oparciu o następujące zasady :
 - a) pacjenta mogą odwiedzać osoby pełnoletnie oraz niepełnoletnie,
 - b) dzieci do lat 10 odbywają odwiedziny pod opieką rodzica lub innej pełnoletniej osoby,
 - c) ze względów epidemiologicznych w odwiedzinach pacjentów nie powinny uczestniczyć dzieci poniżej 3 roku życia,
 - d) w odwiedzinach nie mogą uczestniczyć osoby dotknięte chorobą zakaźną oraz infekcjami wirusowymi a także będące pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających,
 - e) jednego pacjenta mogą jednocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby,
 - f) odwiedzający swoim zachowaniem nie powinni zakłócać ciszy i porządku w hospicjum,
 - g) do hospicjum nie wolno wprowadzać zwierząt, z wyjątkiem psów asystujących osobom niepełnosprawnym,
 - h) osoby odwiedzające na polecenie personelu zobowiązane są opuścić salę chorych na czas niezbędny dla wykonania określonego zabiegu leczniczego lub pielęgnacyjnego, badania diagnostycznego lub przeprowadzenia prac porządkowych,
 - i) w niektórych sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego Z-ca dyr. ds. medycznych może wprowadzić dodatkowe środki ochrony osobistej dla osób odwiedzających,
 - j) w uzasadnionych przypadkach Z-ca dyr.ds. medycznych wnioskuje do Dyrektora o trwałe wprowadzenie dodatkowych ograniczeń odwiedzin.

§ 18

Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami o czym powinien poinformować personel oddziału.

§ 19

1. Lekarze pracujący w oddziałach mają wyznaczony czas na udzielanie informacji pacjentom (przedstawicielom ustawowym), osobom bliskim oraz upoważnionym przez nich osobom do otrzymywania informacji o stanie zdrowia.
2. Informacji wym. w ust.1 można udzielać również telefonicznie. W takim przypadku osoba dzwoniąca powinna przekazać lekarzowi wiadomości niezbędne do tego, aby wykazać, że jest osobą upoważnioną (jeśli jest upoważnienie) lub osobą bliską (jeśli osoba nie ma upoważnienia). Lekarz musi podjąć próbę identyfikacji osoby dzwoniącej.
3. Informacja w tym zakresie jest wyeksponowana w widocznym miejscu w pomieszczeniach każdego oddziału.

C. WYPISANIE PACJENTA Z HOSPICIUM LUB ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

§ 20

1. Wypisanie z hospicjum lub zakładu opiekuńczo-leczniczego, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje :
 - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tej jednostce,
 - b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - c) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych a nie zachodzi obawa, że odmowa, lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia.
2. Wypis pacjenta powinien być poprzedzony rozmową lekarza z pacjentem, w trakcie której otrzymuje on wskazania dotyczące sposobu dalszego leczenia oraz rekonwalescencji. Jeżeli jest to konieczne podobne informacje przekazywane są rodzinie pacjenta.

§ 21

1. Pacjent wypisany z hospicjum/ZOL otrzymuje dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia, z których jeden przekazuje lekarzowi rodzinemu, u którego figuruje na liście podopiecznych.
2. W karcie informacyjnej lekarz dokonuje wpisów dotyczących rozpoznania choroby (w języku polskim), wyników badań diagnostycznych, konsultacyjnych, zastosowanego leczenia, wskazań związanych z dalszym sposobem leczenia, żywienia, pielęgnacji i trybu życia, produktów leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobów medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi.
3. Niezależnie od karty informacyjnej, stosownie do zaistniałej sytuacji pacjentowi wydaje się :
 - a) skierowanie na świadczenie zalecone w karcie informacyjnej,
 - b) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne,

- c) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej,
- d) zlecenie na transport sanitarny lub transport zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 22

1. Pacjent występujący o wypisanie z oddziału na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu z hospicjum/ZOL na własne żądanie. W razie braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy w odmowie wypisania i jej przyczynach.

Rozdział VII

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODMIOTU ORAZ WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA TYCH JEDNOSTEK DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNEGO I EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA PODMIOTU POD WZGLĘDEM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM, PIELĘGNACYJNYM, REHABILITACYJNYM I ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZYM

§ 23

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa nieodpłatnie lub za częściową odpłatnością.
2. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 146 z późn.zm.) oraz wydane na tej podstawie przepisy wykonawcze, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015r. poz. 1400 z późn.zm.) a ich rodzaj i liczbę – postanowienia umów zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zasady wykonywania pozostałych świadczeń zdrowotnych normują umowy podpisane przez Podmiot z instytucjami finansującymi te świadczenia.

§ 24

Podstawowym zadaniem hospicjum stacjonarnego jest podejmowanie działań medycznych służących zachowaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia w szczególności związane z :

- a) sprawowaniem kompleksowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, psychologicznej,
- b) opieką paliatywną,
- c) rehabilitacją leczniczą,
- d) opieką duchową,

- e) pielęgnacją chorych,
- f) wstępną diagnostyką i podejmowaniem leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia,
- g) zabezpieczeniem medycznym pacjentów oraz organizacją transportu do innych podmiotów leczniczych w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

§ 25

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy zapewnia opiekę długoterminową obejmującą pomoc medyczną lekarską, pielęgniarzką i psychologiczną, wsparcie społeczne i duchowe poprzez:

- a) sprawowanie kompleksowej opieki lekarskiej, pielęgniarzkiej i psychologicznej chorym zakwalifikowanym do opieki długoterminowej wg skali Barthel,
- b) pielęgnacją chorych,
- c) współpracę z lekarzami rodzinnymi,
- d) edukację zdrowotną osób objętych opieką i ich rodzin,

§ 26

1. Świadczenia medyczne wykonywane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odpowiednich przepisach prawa.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej z należytą starannością.
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane są w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym dla podmiotów leczniczych, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonywanych przez uprawnione podmioty.

§ 27

1. Personel zatrudniony przez Podmiot zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących stanu zdrowia i przebiegu leczenia pacjentów. Wyjątki od tej zasady określają ustawy.
2. Personel medyczny Podmiotu prowadzi dokumentację medyczną na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 581) oraz *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 06 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2020r. poz. 666), a także zgodnie z wytycznymi określonymi przez Dyrektora w przepisach wewnętrznych.

§ 28

1. Na zewnątrz budynku Podmiotu, w którym realizowane są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, w miejscu ogólnie dostępnym umieszcza się :
 - a) informację o miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach a także informację na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych,

- b) tablice ze znakiem graficznym Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2. Wewnątrz budynku zamieszcza się informacje dotyczące :
 - a) tryb składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy,
 - b) praw i obowiązków pacjenta,
 - c) zasad potwierdzania prawa do świadczeń,
 - d) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - e) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu.
- 3. W każdym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, umieszcza się opatrzone dodatkowo znakiem graficznym Podmiotu :
 - a) cennik świadczeń jeżeli został ustalony dla danego zakresu usług,
 - b) informację o istniejących możliwościach dostępu pacjentów do dokumentacji medycznej i ich stanu zdrowia.

§ 29

Pacjent lub jego osoby bliskie mogą złożyć skargę dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, można ją złożyć ustnie lub pisemnie. Skarga powinna zawierać wskazanie osoby, od której pochodzi, jej adres oraz żądanie. Skargi anonimowe nie będą rozpatrywane.

§ 30

Z-ca dyrektora ds. medycznych ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłową organizację i funkcjonowanie oddziałów w zakresie zabezpieczenia całodobowej fachowej opieki dla każdego pacjenta (świadczenia lekarskie, pielęgniarskie, psychologiczne, rehabilitacyjne i diagnostyczne).

§ 31

Oddziały zapewniają pacjentowi :

- 1) świadczenia zdrowotne,
- 2) produkty i materiały medyczne,
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- 4) w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, oddział jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego.

§ 32

- 1. Oddziały zapewniają pacjentowi możliwość przechowywania w depozycie wartościowych rzeczy.
- 2. Pacjent nie powinien przechowywać przy sobie przedmiotów wartościowych i pieniędzy, za które oddział nie ponosi odpowiedzialności.

§ 33

W razie zgonu pacjenta lekarz oddziału wystawia kartę zgonu przekazując ją osobie posiadającej prawo do pochowania zwłok.

§ 34

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2. Decyzje o wykonaniu sekcji podejmuje lekarz dyżurny oddziału z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji z przyczyn określonych w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach :
 - a) określonych w kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na tej podstawie,
 - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - c) określonych przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 35

Do zadań Działu Farmacji należy :

- a) świadczenie usług farmaceutycznych tj. zamawianie, przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie, oznakowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych z zachowaniem zasad określonych w obowiązujących przepisach,
- b) kontrolowanie terminów ważności produktów leczniczych,
- c) organizowanie zaopatrzenia Podmiotu w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
- d) czuwanie aby zakupy produktów leczniczych i wyrobów medycznych były dokonywane wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznych.

§ 36

Psycholog zapewnia pacjentom specjalistyczne badanie i terapię psychologiczną. Fizjoterapeuci wykonują zabiegi i rehabilitację leczniczą zgodną ze wskazaniem lekarza.

§ 37

Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. medycznych należy :

- a) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań,
- b) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
- c) wnioskowanie do dyrektora Podmiotu w sprawach kadrowych personelu medycznego,
- d) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych,
- e) rozpatrywanie skarg na działalność personelu medycznego,
- f) współpraca z Dyrektorem Podmiotu i Zarządem Towarzystwa.

§ 38

Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy :

- a) zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej,
- b) nadzór, kontrola i koordynowanie pracy pielęgniarek, wolontariuszy oraz innego personelu medycznego,
- c) koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami realizowanymi przez jednostkę,
- d) współpraca z samodzielnymi stanowiskami pracy dotyczącymi żywienia, utrzymania czystości i prania,
- e) nadzór nad zwalczaniem zakażeń wewnętrznych,
- f) nadzór nad aparaturą i sprzętem medycznym,
- g) nadzór nad właściwym zaopatrzeniem w leki, środki opatrunkowe i sprzęt jednorazowego użytku,
- h) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenia jakości usług świadczonych,
- i) nadzór, szkolenie i koordynowanie pracy wolontariatem medycznym i niemedycznym.

§ 39

Do zadań działu statystyki i procedur medycznych należy :

- a) przygotowywanie ofert do konkursów poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),
- b) nadzorowanie realizacji umów z NFZ oraz analiza wykonanych świadczeń zdrowotnych,
- c) rozliczanie świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o zawarte z NFZ umowy,
- d) prowadzenie kolejek oczekujących,
- e) udział w kontrolach prowadzonych przez NFZ, weryfikowanie realizacji zaleceń pokontrolnych,
- f) wprowadzanie do systemu informatycznego danych statystycznych i rozliczeniowych.

§ 40

Do zadań działu Głównego księgowego należy prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej Podmiotu a w szczególności :

- a) sporządzanie planów finansowych i inwestycyjnych, kontrola realizacji oraz sporządzanie informacji o przebiegu wykonania,
- b) wprowadzanie dokumentów księgowych do programu finansowo-księgowego,
- c) dekretowanie, numerowanie, wpinanie, archiwizacja dokumentów księgowych,
- d) sporządzanie list płac dla pracowników,
- e) prowadzenie spraw dotyczących ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych pracowników i ich rodzin, obsługa programu w zakresie ZUS ZUA, ZUS ZWUA, ZUS ZCNA, ZUS ZZA,
- f) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rachunków bankowych,
- g) sporządzanie poleceń przelewów,
- h) uzgadnianie i analizowanie kont rozrachunkowych z odbiorcami oraz odpisów aktualizujących wartość należności,
- i) uzgadnianie i analizowanie kont rozrachunkowych z dostawcami,

- j) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rozrachunków publiczno-prawnych oraz kont dotyczących wynagrodzeń, rozliczania zaliczek i innych rozrachunków,
- k) uzgadnianie i analizowanie kont pozabilansowych,
- l) korespondencja dotycząca wszystkich kont rozrachunkowych,
- m) rozliczanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
- n) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rozliczeń międzyokresowych,
- o) uzgadnianie i analizowanie kont przychodów i kosztów,
- p) sporządzanie wymaganych przepisami prawa sprawozdań,
- q) prowadzenie ewidencji majątku trwałego oraz amortyzacji,
- r) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących środków trwałych, środków trwałych w budowie, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych oraz amortyzacji.

§ 41

Do zadań działu kadr należy prowadzenie racjonalnej gospodarki kadrami umożliwiające sprawne zarządzanie Podmiotem oraz zabezpieczenie prawidłowej realizacji jego statutowych celów, w szczególności :

- a) przygotowywanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę i umów cywilnoprawnych, uposażeniami i zmianą stanowisk pracy a także prowadzenie rekrutacji na wolne stanowiska,
- b) prowadzenie akt osobowych pracowników,
- c) nadzór nad prowadzeniem ewidencji pracowników, rozliczaniem czasu pracy,
- d) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
- e) opracowywanie zasad przeprowadzania ocen pracowników i nadzór funkcjonalny nad ich realizacją,
- f) sporządzanie sprawozdań zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- g) przygotowywanie dokumentacji dotyczącej spraw rentowych oraz emerytalnych pracowników,
- h) sporządzanie obowiązującej dokumentacji dotyczącej zatrudnienia dla urzędów pracy,
- i) koordynowanie spraw związanych z ustanawianiem wewnętrznych aktów prawnych regulujących sprawy z zakresu organizacji pracy, obowiązków i praw pracowniczych, systemu wynagrodzeń oraz ich aktualizacją,
- j) nadzorowanie terminów badań pracowników, kierowania na badania wstępne, okresowe lub kontrolne – przyjmowanie i ewidencjonowanie orzeczeń lekarskich,
- k) przygotowywanie wniosków do PUP i SUP o prace interwencyjne, staże, zatrudnienie oraz nadzorowanie w tym zakresie,

§ 42

Do zadań pracownika sekretariatu należy :

- a) prowadzenie obsługi kancelaryjnej Podmiotu,
- b) prowadzenie i ewidencjonowanie depozytu rzeczy wartościowych,
- c) dokonywanie zakupów materiałów kancelaryjnych i gospodarczych,
- d) zapewnienie druków, formularzy i ksiąg niezbędnych dla realizacji zadań według ustalonych wzorów,

- e) ewidencjonowanie druków ścisłego zarachowania oraz używanych pieczęci służbowych,
- f) prowadzenie gospodarki odzieżą bhp,
- g) prowadzenie spraw i przygotowywanie dokumentacji związanej z wpisami i aktualizacją danych objętych :
 - rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego,
 - Krajowym Rejestrem Sądowym,
- h) prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora,
- i) zapewnienie obsługi kancelaryjnej Zarządu oraz Walnego Zebrania Członków, w tym prowadzenie dokumentacji tych Organów,
- j) prowadzenie rejestru skarg i wniosków,
- k) prowadzenie spraw związanych z organizacją Podmiotu (Statut, struktura organizacyjna, regulamin organizacyjny, prawa pacjenta),
- l) prowadzenie archiwum zakładowego oraz udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom,
- m) bieżące udostępnianie komórkom organizacyjnym treści powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 43

Do zadań inspektora ochrony danych osobowych należy :

- a) informowanie administratora podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów o ochronie danych osobowych, w tym rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/679 z 27 kwietnia 2016r. i aktów towarzyszących w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,
- b) monitorowanie przestrzegania ww. rozporządzenia, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie polityk administratora w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych oraz powiązane z tym audyty,
- c) współpraca z organem nadzorczym,
- d) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących im na mocy niniejszego rozporządzenia,
- e) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych,
- f) prowadzenie rejestru upoważnień do przetwarzania danych osobowych,
- g) wykonywanie pozostałych obowiązków inspektora wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych.

§ 44

Do zadań działu gospodarczego należy utrzymanie w należytej czystości pomieszczeń Podmiotu oraz obsługa, konserwacja, prace naprawcze i drobne prace budowlane.

§ 45

Wszystkie komórki organizacyjne współdziałają ze sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz administracyjno-gospodarczym w zakresie :

- a) jakości świadczonym usług pacjentom,
- b) realizacji procesu diagnostyczno- terapeutycznego,
- c) sprawozdawczości,
- d) wymiany informacji i doświadczeń.

Rozdział VIII

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 46

1. Podmiot zapewnia pacjentom pozostającym pod jego opieką dostęp do świadczeń zdrowotnych, których nie wykonuje, a które są niezbędne w procesie terapeutycznym.
2. Zakres i warunki dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 1 określają powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz postanowienia umów zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi dysponentami środków publicznych.
3. Podmiot współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na podstawie zawartych umów o współpracy.
4. Umowa o współpracy reguluje warunki kierowania pacjentów, finansowania świadczeń i nadzoru nad jakością wykonywanych usług.

§ 47

Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez inne podmioty sprawują Z-ca Dyrektora ds. medycznych oraz Naczelną Pielęgniarkę – każdy w zakresie posiadanych kompetencji.

§ 48

W razie potrzeby lekarz wydaje pacjentowi niezbędne zaświadczenie o stanie zdrowia, w tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego.

Rozdział IX

ZASADY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT

§ 49

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.Dz. U. 2024r. poz. 581).
2. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi

- ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta :
- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych tj. w oddziale hospicjum stacjonarnego lub ZOL-u, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - e) na informatycznym nośniku danych.
3. W przypadku wydania oryginału dokumentacji medycznej wyznaczony pracownik administracyjny wykonuje kopię wydawanych dokumentów i oznacza, gdzie znajdują się oryginały.
 4. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w każdej formie, Podmiot nie pobiera opłat, zgodnie z Uchwałą Nr 9/2025 z dnia 22 września 2025r. Zarządu TPCh „Sądeckie Hospicjum” .
 5. Dokumentację medyczną udostępnia się na pisemny wniosek złożony w sekretariacie Podmiotu lub za pośrednictwem komunikacji elektronicznej – wniosek stanowi załącznik Nr 5 do niniejszego regulaminu.
 6. Wyznaczony pracownik administracyjny prowadzi rejestr udostępnianej dokumentacji medycznej, w którym ewidencjonowane są informacje na temat udostępnianej dokumentacji.

Rozdział X

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY

§ 50

1. W razie śmierci pacjenta Podmiot jest zobowiązany do :
 - a) należytego przygotowania zwłok, poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w *ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 912 z późn. zm.)*,
 - b) przechowywania zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta. Dopuszcza się możliwość przewiezienia zwłok po 2-ch godzinach od zgonu ale przed upływem 72 godzin z terenu Podmiotu do instytucji, z którą jest podpisana stosowna umowa.
2. Rzeczy osobiste pacjenta: ubrania, środki czystości i inne przedmioty chorego są spakowane w foliowy worek oznaczony imieniem i nazwiskiem zmarłego i po przybyciu rodziny, prawnego opiekuna lub osoby wcześniej wskazanej w dokumentacji medycznej są jej przekazywane. Wydawane są również wartościowe rzeczy zmarłego przechowywane w depozycie.
3. Przedmioty wymienione w ust. 2 przekazywane są za pokwitowaniem.

4. Czynności, o których mowa w ust. 1 nie stanowią przygotowania zwłok do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.
5. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni instytucji, z którą Podmiot posiada stosowną umowę dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. a i b ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
6. Dopuszcza się pobieranie opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017r. , poz. 912 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.
7. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.912 z późn. zm.) dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.
8. Kosztami czynności opisanych w ust. 7 zostaną obciążone osoby lub instytucje zobowiązane do pochowania zwłok.
9. Za przechowywanie zwłok pacjenta zmarłego w oddziale opłat nie pobiera się w okresie 72 godzin, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

Rozdział XI

SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI ORGANIZACYJNYMI PODMIOTU

§ 51

1. Zarządzanie Podmiotem odbywa się według następujących zasad :
 - a) wszystkie działania prowadzone są według jednego planu strategicznego,
 - b) jednoosobowego kierownictwa tzn. do Dyrektora Podmiotu należą wszystkie decyzje a kierujący poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi mogą podejmować decyzje tylko w granicach posiadanych uprawnień wynikających z zakresów odpowiedzialności,
 - c) ciągłości kierownictwa tzn. ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych zabezpieczana jest przez przekazanie – w przypadku osoby sprawującej funkcję kierownika – uprawnień wraz z odpowiedzialnością osobie zastępującej.
2. Ocena działalności Podmiotu i pracy Dyrektora dokonywana jest przez Zarząd Towarzystwa i Komisję Rewizyjną.

§ 52

1. Za prawidłowe funkcjonowanie oddziałów odpowiada Z-ca Dyrektora ds. medycznych.
2. Za opiekę pielęgniarską w oddziałach odpowiadają pielęgniarki oddziałowe podlegające służbowo i funkcjonalnie Naczelnej Pielęgniarce a w zakresie wykonywania czynności

diagnostyczno-leczniczych lekarzom oddziału.

§ 53

Każdy pracownik Podmiotu oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w jego imieniu noszą identyfikatory pozwalające ustalić ich personalia, status zawodowy, zajmowane stanowisko służbowe oraz komórkę organizacyjną w której są zatrudnione.

§ 54

Na terenie administrowanym przez Podmiot obowiązuje zakaz palenia tytoniu oraz konsumpcji alkoholu i innych środków odurzających.

Rozdział XII
PRZEPISY KOŃCOWE

§ 55

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie po uchwaleniu Uchwałą przez Zarząd Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Sądeckie Hospicjum” w Nowym Sączu.
2. Wszystkie zmiany organizacyjne w Podmiocie będą uregulowane zmianą Regulaminu Organizacyjnego i procedowane w sposób określony w ust. 1.
3. Regulamin może być zmieniony lub uzupełniony w takim samym trybie, w jakim został ustanowiony lub przez wprowadzenie nowego Regulaminu.
4. Z dniem wejścia w życie niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, traci moc Regulamin Organizacyjny Sądeckiego Hospicjum z dnia 09 grudnia 2016r. z późniejszymi zmianami.

Nowy Sącz, dnia 15 wrzesień 2025r.

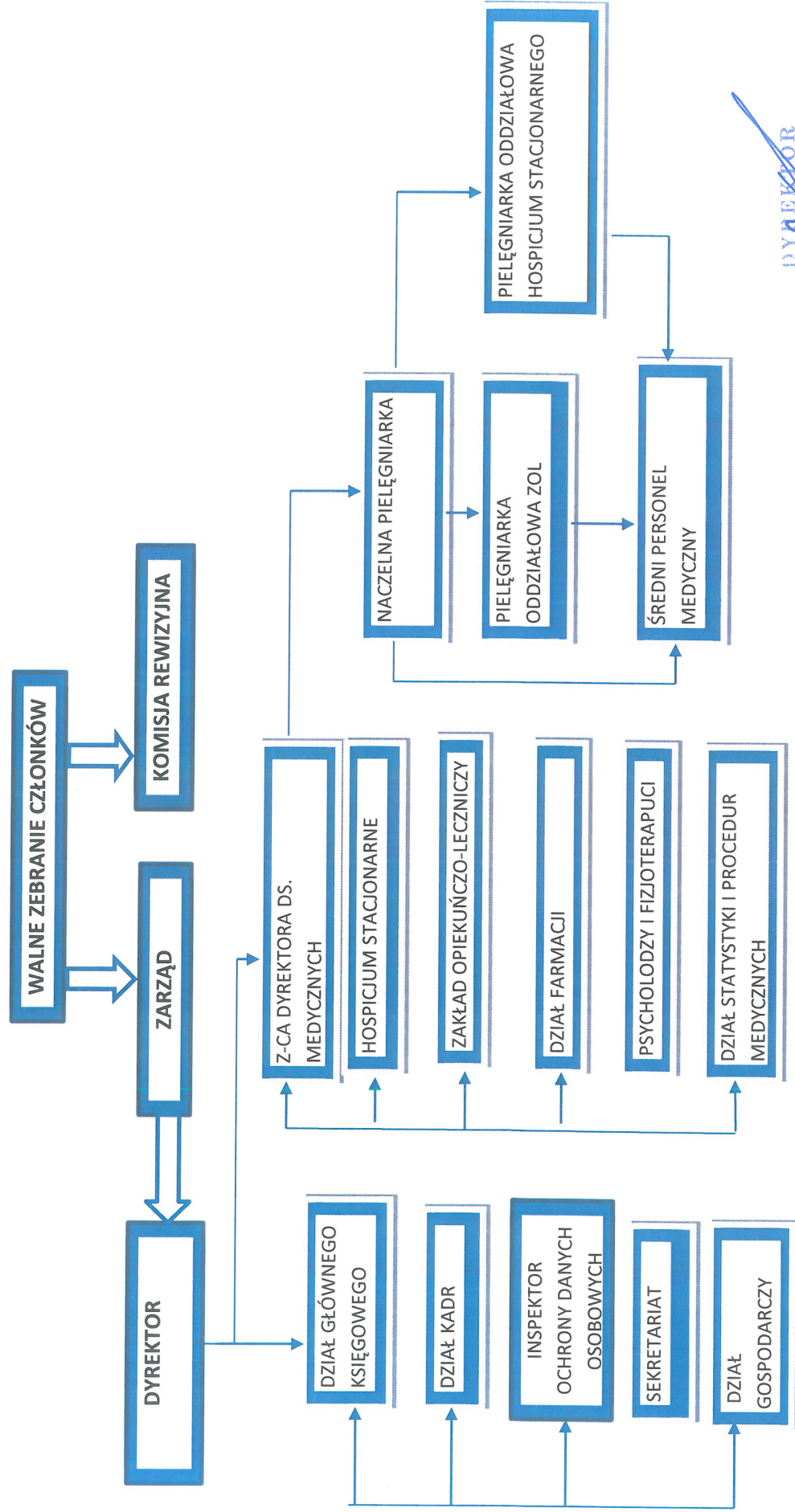
DYREKTOR

mgr Mirosław Kaczwiński

Towarzystwo Przyjaciół Chorych
„SĄDECKIE HOSPICIUM”
ul. Powojowska 155A, 37-300 Nowy Sącz
tel. 34-27-32 968 (3) REGON 491991741
NIP 142-225-0000 KRS 0000039177

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Jednostek Organizacyjnych TPCh „Sądeckie Hospicjum” z dnia 15.09.20225r. zatwierdzonego Uchwałą Zarządu Nr 10/2025 z dnia 22 września 2025r.

SCHEMAT ORGANIZACYJNY TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ CHORYCH „SĄDECKIE HOSPICIUM” W NOWYM SĄCZU



DYREKTOR

mgr Mieczysław Kacziński

