

UWAGA: druk drukować dwustronnie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62

Upoważnienie nr/ 201.....r.

Wypełnia osoba merytorycznie odpowiedzialna za realizację umowy

Imię i nazwisko

PESEL

Okres umowy

Nazwa komórki organizacyjnej

Wnioskuje o nadanie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji umowy

Oświadczam, że wnioskowane uprawnienia są niezbędne do realizacji umowy. Z dnia

Zobowiązuję się powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji w zakończenia realizacji usługi przed terminem zakończenia umowy.

podpis i pieczęć osoby nadzorującej /Kierownik Działu Spraw Pracowniczych

data

Stwierdzam, że:

- Znana mi jest treść dokumentacji ochrony danych osobowych obowiązującej w WSS im. M. Kopernika w Łodzi:
 - ✓ Szczegółowej Polityki Bezpieczeństwa Informacji,
 - ✓ Instrukcji zarządzania systemów Informatycznych,
 - ✓ Procedury postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych,
 - ✓ Procedur ZSZJZBI,
 - ✓ Ustawy o ochronie danych osobowych,i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień zawartych w w/w dokumentach oraz szczególnej dbałości o zachowaniu poufności, integralności, i dostępności danych osobowych w dowolnej formie (papier, klisza, nośniki elektroniczne, magnetyczne, optyczne itp.) przetwarzanych w SZPITALU.
- Zobowiązuję się nie ujawniać informacji jakie uzyskam w trakcie wykonywania powierzonych mi zadań a w szczególności zobowiązuję się do:
 - zachowania w tajemnicy, także po zakończeniu umowy, wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemów i urządzeń tzn. informacji technicznych, technologicznych, prawnych organizacyjnych dotyczących urządzeń, systemów informatycznych/teleinformatycznych (np. urządzenia, wyroby medyczne, sprzęt informatyczny), uzyskanych w trakcie realizacji umowy niezależnie od formy i źródła ich pozyskania,
 - zachowania w tajemnicy uzyskanych haseł dostępu do systemów informatycznych i urządzeń medycznych, pomieszczeń,
 - zapewnienia ich bezpieczeństwa przed udostępnieniem osobom trzecim i nieupoważnionym zabraniami, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem urządzeń oraz danych (w szczególności danych osobowych) przetwarzanych w obsługiwanych urządzeniach niezależnie od nośnika na jakim te dane się znajdują,
 - natychmiastowego zgłaszania ABI próby lub faktu naruszenia zabezpieczenia pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru, urządzenia lub systemu informatycznego,
 - nie kopiowania / powielania ani w jakikolwiek inny sposób nie rozpowszechniania jakiegokolwiek części w/w informacji w sposób niezgodny z obowiązującymi zasadami w Szpitalu,
 - zachowaniu w tajemnicy bezterminowo przetwarzanych danych osobowych,
 - przetwarzania danych osobowych tylko i wyłącznie w zakresie i celu określonym w umowie lub zakresie zadań i uprawnień,
- Zostałam/em poinformowany, że udostępnianie danych osobowych lub umożliwianie dostępu do nich osobie nieuprawnionej podlega sankcjom w szczególności przewidzianym w ustawie o ochronie danych osobowych.
- Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących zasad bezpieczeństwa obowiązujących w strefach bezpieczeństwa oraz szczegółowych zasad ustalonych w komórce organizacyjnej
- Treść niniejszego dokumentu jest mi znana co potwierdzam własnoręcznym podpisem**

Data

czytelny podpis świadczącego usługę

UPOWAŻNIENIE

Zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.
(Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.)

Panią/Pana: PESEL
upoważniam do przetwarzania danych osobowych,

będących w posiadaniu WSS im. M. Kopernika w Łodzi, w aktach, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych oraz w systemach informatycznych, także w przypadku przetwarzania danych poza zbiorem danych, w zakresie niezbędnym do realizacji umowy określonym w **umowie/zakresie zadań i uprawnień***.

Upoważnienie ważne jest od dnia na czas realizacji umowy lub do chwili wycofania uprawnienia.

ABI

**niepotrzebne skreślić*

Potwierdzam odbiór 1 egzemplarza upoważnienia:

.....
Miejscowość

.....
data

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej

Adnotacje o wycofaniu uprawnień (wypełnia ABI)

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

wycofano dnia
ABFIO