

Ja, niżej podpisany
/Imiona, nazwisko, nr PESEL/

będący pracownikiem firmy

z siedzibą w

z którą Szpital zawarł umowę:
.....
umowa z dnia, nr umowy

Ja, niżej podpisany, niniejszym oświadczam, że posiadam upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, zapoznałem się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania:

1. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
2. Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024).

niniejszym zobowiązuję się do

- zachowania w tajemnicy, także po ustaniu stosunku pracy, 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 wykonywania umowy niezależnie od formy i źródła ich pozyskania,
- zachowaniu w tajemnicy bezterminowo wszelkich informacji dotyczących danych osobowych przetwarzanych w w/w urządzeniach i systemach oraz nieudostępniania ich treści osobom trzecim, wykorzystania w/w informacji jedynie w celach określonych ustaleniami umowy,
- zachowania w tajemnicy uzyskanych haseł dostępu do systemów informatycznych i urządzeń medycznych, pomieszczeń,
- zapewnienia ich bezpieczeństwa przed udostępnieniem osobom trzecim i nieupoważnionym zabraniam, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem urządzeń oraz danych przetwarzanych w obsługiwanych urządzeniach niezależnie od nośnika na jakim te dane się znajdują,
- natychmiastowego zgłaszania przełożonemu oraz Administratorowi Bezpieczeństwa Informacji w Szpitalu próby lub faktu naruszenia zabezpieczenia pomieszczenia, bezpieczeństwa zbioru, urządzenia lub systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe,
- nie kopiowania / powielania ani w jakikolwiek inny sposób nie rozpowszechniania jakiegokolwiek części w/w informacji.

Powyższe oświadczenie potwierdzam własnym podpisem

....., dnia
Miejscowość

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Imię i nazwisko osoby reprezentującej podmiot lub pracownika Szpitala
przyjmującego oświadczenie

.....
Czytelny podpis osoby potwierdzającej oświadczenie