

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Imię i nazwisko /nazwa Oferenta	
imię i nazwisko pracownika/współpracownika Oferenta	

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z:

- procedurą **BI.01** Polityka Ochrony Danych Osobowych i bezpieczeństwa Informacji Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie
- dokumentami związanymi (wskazanymi w Polityce Ochrony Danych Osobowych i Bezpieczeństwa Informacji)

Jednocześnie **zobowiązuję się** do przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie określonych w tych dokumentach w zakresie wykonywanych przeze mnie czynności związanych z realizacją Umowy, w szczególności do:

- zachowania w tajemnicy (w tym nieujawniania podmiotom i osobom nieuprawnionym) informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Szpitala, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
- niewykorzystywania informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp, w celach niezwiązanych z czynnościami wykonywanymi na rzecz Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie,
- dołożenia należytej staranności w celu ochrony powyższych informacji, w tym danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem,
- zachowania w tajemnicy rodzajów i sposobów zabezpieczenia informacji, w tym systemów informatycznych Szpitala, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
- utrzymywania w tajemnicy wszelkich innych informacji uzyskanych przy wykonywaniu opisanych powyżej czynności za wyjątkiem:
 - a) informacji wyraźnie wyłączonych spod tej tajemnicy przez ich dysponenta,
 - b) informacji powszechnie dostępnych,
 - c) informacji, których ujawnienie stanowi wymóg określony przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji, o których mowa powyżej także po (a) wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy, (b) ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Wykonawcą, (c) śmierci pacjenta, którego dane dotyczą.

W przypadku powzięcia wiadomości lub podejrzenia naruszenia któregośkolwiek, ze swoich zobowiązań, o których mowa powyżej, zobowiązuje się w trybie natychmiastowym poinformować o tym fakcie Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie w formie pisemnej.

Kraków, dn.....

.....
/czytelny podpis Oferenta/
pracownika/współpracownika Oferenta