***Załącznik nr** 7 do szczegółowych*
warunków konkursu ofert z dnia 11.12.2025 r.

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 któregokolwiek, 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*

*** dotyczy podmiotu leczniczego**