Załącznik nr 1 do Umowy nr Sp/AZP/381/.../2017
OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z OCHRONĄ DANYCH OSOBOWYCH

Nazwisko (-ka) :

.....

Imię (imiona): 1. .....

2. .....

Numer identyfikacyjny PESEL: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Dowód tożsamości: Seria |__|__|__|Nr |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

wydany przez

.....

Ja niżej podpisany, potwierdzając zgodność moich danych osobowych ze stanem faktycznym, oświadczam, że :
1. Zapoznałem się z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (t.j. Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) i wynikających z niej norm prawnych.
2. Zostałem uprzedzony, iż dane osobowe i medyczne przetwarzane w Systemie Informatycznym Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o. podlegają ustawowej ochronie prawnej.
3. Zobowiązuję się do nie ujawniania informacji objętych tajemnicą służbowa w rozumieniu ustawy z dn. 05 sierpnia 2010r. o ochronie informacji niejawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 z późniejszymi zmianami).
4. Zobowiązuję się do nie rozpowszechniania pozyskanych informacji o charakterze technicznym, technologicznym, organizacyjnym i handlowym, stanowiących tajemnicę Szpitala w Pyskowicach Sp. z o.o. pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej.
5. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących wyżej wymienionych danych uzyskanych w związku z wykonywaniem umowy zawartej pomiędzy Szpitalem w Pyskowicach Sp. z o.o. ciąży na mnie nawet po wygaśnięciu stosunku pracy lub stosunku zlecenia.
Powyższe zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych i medycznych bezterminowo, a w przypadku pozostałych danych przez cały okres trwania Umowy.

..... dnia ..... Czytelny podpis: .....