Administrator:
„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko

UPOWAŻNIENIE
DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Z dniem ..... upoważniam Panią/Pana

…….
(imię i nazwisko upoważnionego)

do przetwarzania danych osobowych w podmiocie leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku na wyznaczonym stanowisku pracy, zgodnie z powierzonymi obowiązkami pracowniczymi oraz zgodnie z poleceniami Administratora.

2. Jednocześnie, wraz z nadanym upoważnieniem, zobowiązuję Panią/Pana do przestrzegania obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz określonych w Polityce ochrony danych osobowych.

3. Pouczam, że nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa danych osobowych może być potraktowane jako naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 § 1 pkt 1 Kodeksu Pracy, naruszenie tajemnicy przedsiębiorstwa, zgodnie z art. 23 ust 1 do 3 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji oraz art. 266 § 1 kodeksu karnego.

4. Ważność niniejszego dokumentu wygasa z dniem zakończenia współpracy.

Wystawił:

……
(Podpis i pieczątka Administratora lub osoby upoważnionej)

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

W związku z realizacją umowy zawartej z podmiotem leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku i powierzonymi zadaniami zobowiązuję się do:

1. Zachowania w tajemnicy udostępnionych mi danych osobowych i sposobu ich zabezpieczania, jak również innych informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 16.04.1993r. o zwalczaniu konkurencji (tj. Dz. U. z 1993 nr 47, poz. 211 ze zm.), do których mam lub będę mieć dostęp w związku z wykonywaniem zadań służbowych lub obowiązków pracowniczych;

2. Wykorzystywania informacji uzyskanych podczas wykonywania powierzonych zadań, jedynie w określonych celach służbowych;

3. Podjęcia wszelkich niezbędnych kroków dla zapewnienia poufności informacji;

4. Zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobu ich zabezpieczania również po zakończeniu współpracy z podmiotem leczniczym „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku.

……
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)