Załącznik Nr 4 do SWKO

Katowice

Imię i nazwisko

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

Oświadczam, że zapoznano Mnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych, wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz innymi aktami prawnymi i branżowymi regulującymi zasady postępowania w tym zakresie oraz wszystkimi dokumentami wewnętrznymi organizującymi proces zarządzania danymi osobowymi w Katowickim Centrum Onkologii i zobowiązuje się do:

1. Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem obowiązków na rzecz podmiotu leczniczego,
2. Przetwarzania powierzonych mi danych jedynie w zakresie udzielonego upoważnienia,
3. Ochrony danych osobowych, do których przetwarzania zostałem/ zostałam dopuszczony przez Administratora,
4. Stosowania wszelkich zabezpieczeń w celu ochrony powierzonych mi danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków na rzecz podmiotu leczniczego,
5. Niewykorzystywania danych osobowych do innych celów niż te wynikające z obowiązków wobec podmiotu leczniczego,
6. Zgłaszania wszelkich incydentów, zagrożeń, potencjalnych naruszeń systemu ochrony danych osobowych w podmiocie leczniczym.

Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami będą traktowane, jako ciężkie naruszenie moich obowiązków wobec podmiotu leczniczego i może rodzić sankcje karne i finansowe, wynikające z przepisów prawa, w tym mogą stanowić podstawę dochodzenia odszkodowań w trybie cywilno-prawnym.

.....

Czytelny podpis