

Załącznik nr 1 do umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych

Elbląg, dniar
(data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznała(e)m się, rozumiem i będę przestrzegać obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.), aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz dokumentów w związku z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności:

Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych,

Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, obowiązujących w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu.

Zobowiązuję się do zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych poprzez ich ochronę przed niepożądanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, do których uzyskam dostęp w trakcie realizacji Umowy nr również po upływie terminu, na jaki umowa została zawarta.

Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia, ponoszę odpowiedzialność na podstawie przepisów Rozdziału 8 Ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
imię i nazwisko pracownika Wykonawcy

.....
Administrator Bezpieczeństwa Informacji
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Potwierdzam odbiór 1 egz. oświadczenia

.....
Czytelny podpis pracownika

Załącznik nr 2 do umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych

UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Działając na podstawie art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm),

– udziela się Panu/ Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(stanowisko)

upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy nr

Upoważnienie traci ważność po upływie terminu, na jaki Umowa nr została zawarta.

.....
(data i podpis Pracownika Wykonawcy)

.....
(podpis Administratora Danych)

* niepotrzebne skreślić

Potwierdzam odbiór 1 egz. upoważnienia

.....
Czytelny podpis pracownika