

**Wzór oświadczenia o zachowaniu poufności informacji dla osób przebywających
w obszarze przetwarzania danych osobowych**

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Nazwa firmy

Stanowisko

W związku z przebywaniem w pomieszczeniach Specjalistycznego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji, do których mam lub będę mógł (a) mieć dostęp, jak również sposobów zabezpieczenia informacji i pomieszczeń.

Przyjmuję do wiadomości, że obowiązek ten istnieje również po ustaniu zatrudnienia lub zakończeniu współpracy.

.....

miejsce i data złożenia oświadczenia

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

.....

podpis osoby odbierającej oświadczenie w imieniu Zakładu