Załącznik nr 9 do SWKO

**WZÓR OŚWIADCZENIA O ZACHOWANIU POUFNOŚCI**

………………………………

**Oświadczenie o zachowaniu poufności**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| ew. Nazwa Wykonawcy |  |
| Nazwa, data i nr Umowy („Umowa”) |  |

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z:

- *Polityka Bezpieczeństwa Danych w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie*,

- dokumentami związanymi (wskazanymi w Polityce Bezpieczeństwa Danych)

Jednocześnie **zobowiązuję się** do przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji w Klinice określonych w tych dokumentach w zakresie wykonywanych przeze mnie czynności związanych z realizacją Umowy, w szczególności do:

* zachowania w tajemnicy (w tym nieujawniania podmiotom i osobom nieuprawnionym) informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Kliniki, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
* niewykorzystywania informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp, w celach niezwiązanych z czynnościami wykonywanymi na rzecz Kliniki,
* dołożenia należytej staranności w celu ochrony powyższych informacji, w tym danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem,
* zachowania w tajemnicy rodzajów i sposobów zabezpieczenia informacji, w tym systemów informatycznych Kliniki, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
* utrzymywania w tajemnicy wszelkich innych informacji uzyskanych przy wykonywaniu opisanych powyżej czynności za wyjątkiem:

1. informacji wyraźnie wyłączonych spod tej tajemnicy przez ich dysponenta,
2. informacji powszechnie dostępnych,
3. informacji, których ujawnienie stanowi wymóg określony przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji, o których mowa powyżej także po (a) wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy, (b) ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Wykonawcą, (c) śmierci pacjenta, którego dane dotyczą.

W przypadku powzięcia wiadomości lub podejrzenia naruszenia któregokolwiek, ze swoich zobowiązań, o których mowa powyżej, zobowiązuje się w trybie natychmiastowym poinformować o tym fakcie Klinikę w formie pisemnej.

Kraków, dn. ……………………………

…………………………………………………………...…

/czytelny podpis pracownika Wykonawcy/ Podwykonawcy/