

Załącznik nr 3 do Umowy nr z dnia 2017 r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

DOWÓD OSOBISTY

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znana jest mi definicja danych osobowych w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 29 września 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016.922 j.t.) w myśl, której za dane uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej.

Zobowiązuję się:

- 1) do zachowania w tajemnicy danych przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wraz ze sposobami ich zabezpieczenia;
- 2) nie pozostawiać bez dozoru, ani udostępniać osobom nieupoważnionym dokumentów materialnych (w formie elektronicznej, papierowej itp.) z danymi;
- 3) nie wykorzystywać ani nie udostępniać nieuprawnionym dokumentacji z danymi do innych celów niż służbowe Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) do niezwłocznego zniszczenia, w sposób uniemożliwiający zidentyfikowanie danych, wydrukowanych nadmiarowo, niepotrzebnych lub błędnych dokumentów;
- 5) w przypadku stwierdzenia naruszenia lub zaistnienia okoliczności wskazujących na naruszenie ochrony danych, bezzwłocznie powiadomić Administratora Bezpieczeństwa Informacji Narodowego Funduszu Zdrowia, administratora systemu informatycznego, właściwego ze względu na zaistniały incydent kierownika komórki organizacyjnej w Narodowym Funduszu Zdrowia, a po godzinach urzędowania również ochronę obiektu;
- 6) przy przetwarzaniu danych, do szczególnej dbałości o zachowanie poufności, integralności i dostępności danych związanych z dokumentami znajdującymi się w obrocie w Narodowym Funduszu Zdrowia, także dotyczących danych pracowników, dokumentacji systemu przetwarzania danych oraz infrastruktury sprzętowo - programowej systemów informatycznych;
- 7) przy przetwarzaniu danych poza systemem informatycznym, do szczególnej dbałości o zachowanie poufności treści dokumentów, które znajdują się w obrocie w Narodowym Funduszu Zdrowia, oraz przestrzegania zasad dostępu do danych.

Wykonano w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

Potwierdzam odbiór 1 egzemplarza

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

.....
Podpis pracownika DG ŁOW NFZ

Potwierdzające zgodność danych z dokumentem tożsamości