**Załącznik nr 2 – Zobowiązanie do zachowania tajemnicy**

Nazwisko ( -ka) : ............................................................................................

Imię ( imiona ): 1. .................................................................................

 2. ..................................................................................

Dane do kontaktu (podane przez osobę, której dane dotyczą)………………………………………………

Ja niżej podpisany, potwierdzając zgodność moich danych osobowych ze stanem faktycznym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych- zwanego (RODO) i wynikających z niego przepisów prawnych.

2. Zostałem uprzedzony, iż dane osobowe i medyczne przetwarzane w Systemie Informatycznym podlegają ustawowej ochronie prawnej.

3. Zobowiązuję się do nieujawniania – w ramach wykonywania prac związanych z realizacją Umowy zawartej pomiędzy 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ………………….. informacji chronionych.

4. Zobowiązuję się do nierozpowszechniania nabytej informacji o charakterze technicznym, technologicznym, organizacyjnym i handlowym, chronionej przez 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej.

5. Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących wyżej wymienionych danych uzyskanych w związku z realizacją zadań wynikających z przedmiotu Umowy zawartej pomiędzy 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu a firmą ………………. ciąży na mnie nawet po wygaśnięciu stosunku o pracę.

Powyższe zobowiązanie zachowuje ważność w przypadku danych osobowych i medycznych bezterminowo, a w przypadku pozostałych danych przez cały okres trwania Umowy.

............................ dnia ..................... Podpis pracownika : .............................................