

Ostrołęka, dnia ____ - ____ - _____ roku

OŚWIADCZENIE
O ZAPOZNANIU SIĘ Z POLITYKĄ BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

Ja niżej podpisana(y)

(imię i nazwisko)

(stanowisko służbowe)

oświadczam, iż zapoznałam(em) się z treścią Polityki bezpieczeństwa informacji obowiązującą w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce oraz jej załącznikami i zobowiązuję się do przestrzegania procedur i zasad w nich opisanych.

Potwierdzam, że zapoznałam(em) się z dokumentem „Informacja dla Podmiotów upoważnionych w sprawie przetwarzania danych” oraz zobowiązuję się do zachowania w poufności wszystkich danych i informacji pozyskanych w trakcie wykonywania obowiązków służbowych, także po ustaniu podstawy wykonywania tych obowiązków, tj. przez czas nieokreślony.

Ponadto oświadczam, iż zapoznałam(em) się i obowiązuję się stosować do obowiązujących w Szpitalu regulacji zawartych w następujących dokumentach oraz ich załącznikach:

- a)** Instrukcja w sprawie organizacji działania składnicy akt;
- b)** Instrukcja kancelaryjna;

(czytelny podpis)