

UPOWAŻNIENIE	ANULOWANIE	UPOWAŻNIENIA* Nr
<p>do przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym i/lub w zbiorze w wersji papierowej</p> <p>Z dniem upoważniam / anuluje Upoważnienie Nr *</p> <p>(data)</p> <p>Panią / Pani / Pana*</p> <p>(nazwisko i imię)</p> <p>pracownika</p> <p>(nazwa jednostki i komórki organizacyjnej szpitala)</p> <p>a) do obsługi systemu informatycznego:</p> <p>(nazwa systemu lub programu)</p> <p>w zakresie: danych osobowych.</p> <p>(wglądu, wprowadzania, przechowywania, modyfikacji, usuwania itp.)</p> <p>b) do obsługi zbioru w wersji papierowej:</p> <p>(nazwa zbioru)</p> <p>w zakresie: danych osobowych.</p> <p>(wglądu, wprowadzania, przechowywania, modyfikacji, usuwania itp.)</p> <p>Zobowiązuję Panią*/Pana* do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz wprowadzonych i wdrożonych do stosowania przez Administratora Danych „Polityki Bezpieczeństwa Informacji” oraz „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych”.</p>		
<p>...../...../.....</p> <p>Data i podpis Dyrektora</p>	<p>...../...../.....</p> <p>Data i podpis ABI (Administrator Bezpieczeństwa Informacji)</p>	

