



## Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej Sp. z o.o.

62-840 Koźminek, Sokołówka 1 – województwo wielkopolskie

[www.sokolowka.pl](http://www.sokolowka.pl) [info@sokolowka.pl](mailto:info@sokolowka.pl)

tel. 627637013, fax 627637216

Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001:2015-10

Sokołówka, dn. \_\_\_\_\_

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisana(y) \_\_\_\_\_ oświadczam, że  
zostałam(em) zapoznana(ny) z:

- Przepisami o ochronie danych osobowych zawartych w Rozporządzeniu 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
- Zasadami przetwarzania i ochrony danych osobowych opisanych w Polityce Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym Ochrony Danych Osobowych

Jednocześnie oświadczam, że:

- Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych osobowych przekazanych mi bądź uzyskanych przeze mnie ustnie, pisemnie lub w jakiegokolwiek innej formie, jakąkolwiek drogą w związku z wykonywaniem na rzecz Wojewódzkiego Zakładu Opieki Psychiatrycznej Sp. z o.o. w Sokołówce powierzonych czynności oraz do wykorzystywania ich jedynie w celach związanych z wykonywaniem powierzonych obowiązków służbowych.
- Zobowiązuję się do zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa, nieuprawnioną zmianą lub zniszczeniem, utratą, uszkodzeniem.
- Niniejsze oświadczenie obejmuje również obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich informacji na temat sposobów zabezpieczeń danych osobowych przetwarzanych w spółce. Powyższy obowiązek rozciąga się również na okres po ustaniu zatrudnienia.
- Po rozwiązaniu lub wygaśnięciu wiążącej mnie ze spółką umowy, jak również na każde żądanie spółki, zobowiązuję się do natychmiastowego zwrotu wszelkich materiałów i dokumentów zawierających dane osobowe, jakie znajdują się w moim posiadaniu w związku z wykonywaniem powierzonych mi zadań.

\_\_\_\_\_  
(podpis składającego oświadczenie)