

Załącznik B – OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA ZBIORU PROCEDUR MEDWEED (I–III)

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Rola/funkcja:

Data rozpoczęcia współpracy:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z kompletem dokumentów: **I. Procedury medyczne (PM)**, **II. Procedury administracyjne i prawne (PA)**, **III. Procedury bezpieczeństwa (PB)** i rozumiem ich treść. (Por. zakres PM-01/PM-03; PA-01/PA-04; PB-01/PB-03).
2. Zobowiązuję się do **bezwzględnego przestrzegania** wszystkich postanowień, w tym zasad przetwarzania danych (RODO), zasad udostępniania dokumentacji, bezpieczeństwa haseł/ MFA oraz trybu zgłaszania incydentów w 72h do UODO przez AD. (PB-01, PB-02, PB-03; PA-02).
3. Przyjmuję do wiadomości, że **naruszenia** mogą skutkować odpowiedzialnością służbową, cywilną i administracyjną oraz natychmiastową blokadą dostępu do systemów. (PB-03; PB-02). 
4. Zobowiązuję się do **zachowania poufności** w trakcie współpracy i po jej zakończeniu. (PA-04/PB-01).

Podpis osoby składającej oświadczenie: **Data:**