

<b>Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu</b>	<b>FORMULARZ</b>	P-15/F-02
	<b>OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI</b>	Wersja I
		Strona 1 z 1

W związku z udziałem w charakterze strony, świadka postępowania lub członka zespołu przyjmującego Zgłoszenia naruszenia prawa w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana W Lublińcu zobowiązuje się:

1. Nieodwołalnie i bezwarunkowo do zachowania w ścisłej tajemnicy informacji poufnych w rozumieniu niniejszego oświadczenia oraz zobowiązuje się traktować je i chronić przed ich ujawnieniem do wiadomości osób postronnych. Przez informacje poufne należy rozumieć wszelkie informacje (w tym przekazane lub pozyskane w formie ustnej, pisemnej, elektronicznej i każdej innej) wynikające z prac i związane z pracami zespołu, uzyskane w trakcie prac zespołu, w trakcie spotkań, posiedzeń bez względu na to, czy zostały one udostępnione w związku z pracami zespołu, czy też zostały pozyskane przy tej okazji w inny sposób.
2. Nie ujawniać, upubliczniać, przekazywać ani w inny sposób udostępniać osobom trzecim lub wykorzystywać jakichkolwiek informacji poufnych.
3. W razie wątpliwości, czy określona informacja stanowi tajemnicę zwrócić się na piśmie do Przewodniczącego zespołu przyjmującego Zgłoszenia.
4. Przyjąć na siebie pełną odpowiedzialność za wszelkie szkody spowodowane działaniami lub zaniechaniami, stanowiącymi naruszenie zobowiązań wynikających z niniejszego oświadczenia.
5. Bezterminowo zachować poufności, o którym mowa w niniejszym oświadczeniu.

....., dnia .....

.....

(podpis składającego oświadczenie)