Pilawa, dnia …… 2019 r.

**UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**Załącznik nr 2   
do Umowy o świadczenie usług medycznych   
z dnia 31 grudnia 2019 r.

zawartą pomiędzy Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Pilawie,   
a Elżbietą Matwiej.

*Na podstawie art. 29 Rozporządzenia 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 (zwane jako ”RODO”) niniejszym:*

**Administrator Danych – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   
w Pilawie (nr KRS: 0000129686)** reprezentowany przez Kierownika Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Tomasza Sygnowskiego niniejszym upoważnia do przetwarzania danych osobowych:

(*imię, nazwisko*)

(*NIP, REGON)*

(*nazwa firmy*)

(*miejsce prowadzenia działalności*)

w zakresie realizacji obowiązków wynikających z zawartej umowy o świadczenie usług medycznych.

Upoważniony otrzymuje dostęp do zbiorów danych osobowych w celu realizacji obowiązków wynikających z zawartej umowy, a także posiadanych uprawnień specjalistycznych.

Niniejsze upoważnienie zostało nadane na czas obowiązywania ww. umowy. Wszelkie poprzednie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych z dniem wprowadzenia niniejszego wygasają. Jednocześnie bieżące upoważnienie zostaje zawieszone w przypadku nieobecności Upoważnionego (nej) przekraczającego 30 dni kalendarzowych. Po upływie w/w okresu nieobecności Upoważniony(a) wykonując obowiązki wynikające z upoważnienia otrzymuje ponowne upoważnienie określone niniejszym dokumentem.

Ja, niżej podpisany(a) zobowiązuje się do przestrzegania zasad panującym w  
 w/w podmiocie w zakresie ochrony danych osobowych, a w szczególności „Polityki Bezpieczeństwa”, „Klauzuli informacyjnej”, „Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym” oraz respektowania zapisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r.   
o ochronie danych osobowych, RODO oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Zobowiązuje się do zapewnienia ochrony danych, zachowania tajemnicy dotyczącej danych osobowych przetwarzanych w w/w podmiocie oraz sposób zabezpieczeń, a także zgłaszania faktu naruszenia/zagrożenia zabezpieczeń danych osobowych.

Przyjąłem (am), iż jestem zobligowany (a) do zmiany hasła dostępu do stanowiska pracy (komputera) w terminie co 30 dni. Hasło musi być niepowtarzalne względem wcześniejszego oraz składać się z 8 znaków (w tym małe, duże litery oraz znak specjalny, np.: „REF#gospodarka”’ „Kardex2015” itd. …).

Oświadczam, iż zapoznałem (am) z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r.   
o ochronie danych osobowych, RODO oraz ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.

Oświadczam, że zostałem (am) poinformowany (a) o grożącej, stosownie do przepisów Rozdziału 11 ustawy o ochronie danych osobowych odpowiedzialności karnej oraz o możliwości nałożenia na administratora kar pieniężnych przewidzianych w art. 83 RODO. Niezależnie od odpowiedzialności przewidzianej w wymienionych przepisach, mam świadomość, że naruszenie zasad ochrony danych osobowych, obowiązujących w podmiocie może zostać uznane za naruszenie podstawowych obowiązków wynikających z ww. umowy   
i skutkować rozwiązaniem tejże umowy.

*…………………………………………… ……………………………………………  
podpis Administratora Danych podpis Upoważnionego*