

Strzelce Opolskie,
(data)

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Ja,:
(Imię i nazwisko)

zobowiązuje się do zachowania tajemnicy i nie rozpowszechniania bez zgody Dyrektora Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich, w jakiegokolwiek formie, wszystkich dostępnych informacji dotyczących tut. Szpitala, do których będzie miał/a dostęp z tytułu wykonywania swoich obowiązków w trakcie odbywania praktyk zawodowych, a nie przeznaczonych przez Dyrektora Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich do publicznego rozpowszechniania, zarówno w czasie trwania praktyk zawodowych jak i po wygaśnięciu umowy przez okres 10 lat.

Informacje stanowiące tajemnicę Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich obejmują w szczególności: poufne informacje o pacjentach, dokumentację medyczną, zbiory korespondencji oraz inne akta związane z pacjentami i firmami współpracującymi, a także „informacje wewnętrznego użytku”. Informacje wewnętrznego użytku to takie niepubliczne informacje, których ujawnienie mogłoby wpłynąć na dobre imię lub interes Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich i jego pacjentów.

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)