



OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z POLITYKĄ BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI DLA WYKONAWCÓW

ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA

Załącznik do Umowy Nr	
z dnia	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu zapoznałem się z treścią *Polityki Bezpieczeństwa Informacji dla Wykonawców Centrum e-Zdrowia (ZSZ.SZBI.ISO.P.A.15._Polityka-Bezpieczeństwa-Informacji-dla-wykonawcow_IP_v.1.2)* i zobowiązuję się przestrzegać poznanych zasad.

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

