**ZOBOWIĄZANIE**

**DO ZACHOWANIA POUFNOŚCI**

wykonującego zlecenie lub zadanie na rzecz Szpitala na podstawie umowy/zlecenia

…..………………….

(miejscowość, data)

……………………………………………………………

(imię i nazwisko oraz nazwa firmy)

……………………………………………………………

(adres lub siedziba)

1. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy w odniesieniu do informacji poufnych uzyskanych w z związku z pracami realizowanymi na rzecz ***Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy***, do których dostęp jest uzasadniony w związku   
   z realizacją zlecenia (zadania) na podstawie umowy/zlecenia nr ……………………………. z dnia …………………….. .

Przedmiotem zlecenia/umowy jest ....................………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Niniejsze zobowiązanie stanowi integralną część wyżej wymienionej umowy/zlecenia   
i obowiązuje przez czas trwania umowy głównej oraz dodatkowe 5 lat po jej wygaśnięciu.

1. Informacjami poufnymi są w szczególności: informacje stanowiące tajemnicę zawodową, informacje o charakterze handlowym, organizacyjnym, technologicznym, prawnym, finansowym, dane osobowe i informacje dotyczące sposobów ich zabezpieczania,   
   a ponadto koncepcje biznesowe, strategie marketingowe, plany rozwoju działalności, know-how, strategie biznesowe, a także inne informacje posiadające wartość gospodarczą, własność intelektualna – w których posiadanie wszedł w sposób zamierzony lub przypadkowy w związku z podjętą współpracą ze Szpitalem.
2. Informacje poufne należy zachować w tajemnicy niezależnie od sposobu lub formy pozyskania informacji czy sposobu ich wyrażenia (w tym w formie ustnej, pisemnej, dokumentowej, elektronicznej lub utrwalonych na jakimkolwiek nośniku, w systemach informatycznych, na serwerach), niezależnie od stopnia opracowania informacji oraz niezależnie od źródła informacji oraz od tego, czy informacje te zostały wyraźnie oznaczone jako poufne.
3. W związku z realizowanym zadaniem/zleceniem zobowiązuję się w szczególności:

* nie kopiować oraz w żadnej innej formie nie powielać danych udostępnionych na nośnikach papierowych lub elektronicznych,
* nie przekazywać w formie ustnej ani elektronicznej informacji na temat realizowanej umowy/zlecenia osobom trzecim (z wyjątkiem osób niezbędnych do wykonania umowy/ zlecenia, po poinformowaniu tych osób o poufności informacji),
* nie udostępniać w jakiejkolwiek formie, nawet do wglądu, dokumentów i danych przekazanych w związku z realizowaną umową/zleceniem, niezależnie od rodzaju nośnika, na którym są one przechowywane,
* nie wykorzystywać danych dla własnych celów, w tym osiągnięcia jakichkolwiek korzyści majątkowych lub osobistych,
* zabezpieczyć uzyskane informacje przed dostępem i bezprawnym wykorzystaniem przez osoby nieuprawnione,
* **bezzwłocznie poinformować Szpital w przypadku wystąpienia incydentu bezpieczeństwa informacji (m.in. utrata, ujawnienie, powielenie informacji poufnej), poprzez wypełnienie formularza stanowiącego załącznik do niniejszego zobowiązania i przesłanie go na adres e-mail: incydenty@jurasza.pl.**

1. W przypadku, gdy jako podmiot realizujący umowę/zlecenie zostanę wezwany do ujawnienia otrzymanych informacji poufnych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, przez sądy lub inne organy do tego uprawnione, niezwłocznie powiadomię Szpital, o ile jest to możliwe na podstawie przepisów prawa, przed ujawnieniem informacji poufnych organowi żądającemu, celem umożliwienia Szpitalowi podjęcia odpowiednich działań chroniących informacje poufne.

1. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy informacji:

* publicznie dostępnych
* posiadanych już przez podmiot realizujący umowę/zlecenie przed ujawnieniem
* otrzymanych od stron trzecich zgodnie z prawem
* uznanych przez Szpital na piśmie za niepoufne.

1. Przyjmuję do wiadomości, że naruszenie przeze mnie tajemnicy w odniesieniu do informacji poufnych stanowiących własność ***Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy*** będzie stanowić podstawę odpowiedzialności na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

……………………………………

czytelny podpis

(imię i nazwisko wykonawcy/

osoby reprezentującej kontrahenta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formularz zgłoszenia zdarzenia | | |
| Data zgłoszenia |  | |
| Dane kontaktowe osoby zgłaszającej zdarzenie | | |
| Imię i nazwisko | |  |
| Dział / firma | |
| Numer telefonu | |
| Adres e-mail | |
| Informacje o zdarzeniu | | |
| Miejsce wystąpienia zdarzenia | |  |
| Opis zdarzenia | |  |
| Zasób, którego dotyczy zdarzenie | |  |
| Data i godzina zdarzenia | |  |
| Inne | |  |
| Podejrzewana przyczyna wystąpienia zdarzenia | | |
| Działania zabezpieczające podjęte bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia / sposób zabezpieczenia dowodów | | |
| Zaobserwowane skutki zdarzenia. Szkody spowodowane przez incydent | | |
| Osoby poinformowane o wystąpieniu zdarzenia | | |
| Data / godzina zaobserwowania zdarzenia | | |
| **Data i czytelny podpis kontrahenta** | | |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA INCYDENTU BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI**

**Załącznik nr 3**