Nr postępowania: BZZL01.2619.1.2026.ES

Zał. Nr 2 do umowy nr .....

.....

.....

.....
(imię i nazwisko osoby reprezentującej)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, iż zobowiązuję się do zapewnienia wykonania łączącej strony umowy „**świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR"** z zachowaniem przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.).

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych i innych informacji wrażliwych zgromadzonych w zasobach Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa. Tajemnicę zachowam również po ustaniu okresu świadczenia usługi na rzecz ARiMR.

Zobowiązuję się do przeszkolenia pracowników i osób trzecich realizujących objęte umową zadania w zakresie przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.) oraz z zasadami bezpieczeństwa informacji i zachowania poufności z którymi zapoznałem się w trakcie podpisywania umowy.

....., dn. .....
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis osoby składającej
oświadczenie uprawnionej do reprezentacji firmy)

- Niepotrzebne skreślić