

Załącznik nr 1
do Instrukcji udzielania upoważnień do przetwarzania danych osobowych
w WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

Łódź, dnia

UPOWAŻNIENIE Nr...../NO/2019
do przetwarzania danych osobowych

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

upoważniam Panią/Pana:

(imię i nazwisko)

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem jest Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego z siedzibą w Łodzi (91-347) przy ul. Kniaziewiczza 1/5 w zakresie niezbędnym do:

.....

.....

Niniejsze upoważnienie jest ważne do odwołania, jednak nie dłużej niż do dnia:

.....

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi lub osoby upoważnionej)

Oświadczenie osoby upoważnionej do przetwarzania danych osobowych

Oświadczam, że zobowiązuje się do:

- 1) zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyskam dostęp na podstawie niniejszego upoważnienia i wykorzystywania ich jedynie w celu określonym w upoważnieniu;
- 2) nieujawniania danych innym osobom z wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Ponadto oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o tym, że powyższe zobowiązania obowiązują, jak i po oraz, że zapoznałam/łem się z obowiązującymi w Szpitalu przepisami z zakresu ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania, jak również zobowiązuję się do przestrzegania przepisów RODO, ustawy i innych przepisów obowiązującego prawa.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 1
do Instrukcji udzielania upoważnień do przetwarzania danych osobowych
w WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi

Łódź, dnia

UPOWAŻNIENIE Nr...../NO/2019
do przetwarzania danych osobowych

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

upoważniam Panią/Pana:

(imię i nazwisko)

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem jest Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego z siedzibą w Łodzi (91-347) przy ul. Kniaziewiczza 1/5 w zakresie niezbędnym do:

.....

.....

Niniejsze upoważnienie jest ważne do odwołania, jednak nie dłużej niż do dnia:

.....

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora WSSz. im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi lub osoby upoważnionej)

Oświadczenie osoby upoważnionej do przetwarzania danych osobowych

Oświadczam, że zobowiązuje się do:

- 1) zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyskam dostęp na podstawie niniejszego upoważnienia i wykorzystywania ich jedynie w celu określonym w upoważnieniu;
- 2) nieujawniania danych innym osobom z wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Ponadto oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o tym, że powyższe zobowiązania obowiązują, jak i po oraz, że zapoznałam/łem się z obowiązującymi w Szpitalu przepisami z zakresu ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania, jak również zobowiązuję się do przestrzegania przepisów RODO, ustawy i innych przepisów obowiązującego prawa.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)