ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

о неразглашении персональных данных

Я, _____

(ФИО работника)

исполняющий(ая) должностные обязанности по занимаемой должности

_____

(наименование должности)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным пациентов ООО «МСЧ «Славич». Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных.

Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

1. Не разглашать третьим лицам конфиденциальные сведения, которое мне доверены (будут доверены) или станут известными в связи с выполнением должностных обязанностей.

2. Не передавать и не раскрывать третьем лицам конфиденциальные сведения, которые мне доверены (будут доверены) или станут известными в связи е выполнением должностных обязанностей.

3. В случае попытки третьих лиц получить от меня конфиденциальные сведения, сообщать директору ООО «МСЧ «Славич».

4. Не использовать конфиденциальные сведения с целью получения выгоды.

5. Выполнять требования нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы защиты конфиденциальных сведений.

6. В течение года после прекращения права на допуск к конфиденциальным сведениям не разглашать и не передавать третьим лицам известные мне конфиденциальные сведения.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных пациента, или их утраты я несу ответственность. В случае нарушения порядка получения и обработки персональных данных, а также их распространение, предусмотрена административная ответственность по ст. 13.11 КоАП РФ.

Данной статьей предусмотрено наказание в виде наложения административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до ста тысяч рублей; на должностных лиц – от десяти тысяч до восьмисот тысяч рублей; на юридических лиц – от ста тысяч до восемнадцати миллионов рублей.

С Положением о защите персональных данных пациентов ознакомлен(а).

_____ _____

(подпись) (фамилия, инициалы)

«____» _____ 20__ г.