

Oświadczenia wykonawcy w zakresie bezpieczeństwa informacji

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI	Adm-521
		Wydanie: 01
		Ważne od: 03.02.2025

Nazwa firmy:

Adres:.....

Upoważniony przedstawiciel:.....

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu **ZA/I/03 Instrukcja dla dostawców usług - wykonawców dot. bezpieczeństwa informacji**, opisującego zasady postępowania oraz zakres obowiązków i odpowiedzialności wykonawców w zakresie bezpieczeństwa informacji przez wykonawców realizujących zadania na terenie Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli w ramach zawartych umów/zleceń/zamówień.

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad wynikających z powyższej Instrukcji jak również zobowiązuję się do zapoznania z jej treścią pracowników mojej firmy oraz osób, które będą realizowały przedmiot umowy w moim imieniu

(nr umowy/zamówieniaz dnia).

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Wykonawcy
lub osoby reprezentującej