



OŚWIADCZENIE
o zobowiązaniu do zachowania poufności

Ja niżej podpisany....., z uwagi na udostępnianie
Informacji Poufnych, zobowiązuję się do:

- 1) zachowania w tajemnicy wszystkich Informacji Poufnych oraz wszelkich danych prawnie chronionych powziętych w czasie odbywania praktyk w Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie, niezależnie od formy, w jakiej zostały mi przekazane,
- 2) wykorzystywania Informacji Poufnych, uzyskanych podczas realizacji praktyki w Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie wyłącznie w celu jakiemu służy praktyka.

Szczecin dn., -----

Czytelny podpis