***PRILOGA 3***

**IZJAVA**

**O VAROVANJU PODATKOV**

Spodaj podpisani/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stanujoč \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zaposlen/a pri izvajalcu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ki je na podlagi sklenjene pogodbe med naročnikom Splošno bolnišnico Novo mesto in izvajalcem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, št. 16-02/17 z dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zavezan izvajati FIZIČNO VAROVANJE KOMPLEKSA SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO,

se s podpisom te izjave

**z a v e z u j e m,**

da bom kot pooblaščena oziroma kontaktna oseba izvajalca kot zaupne varoval/a vse podatke, zlasti pa občutljive osebne podatke, s katerimi se bom seznanil/a oz. ki jih bom izvedel/a v okviru izvajanja storitev po pogodbi št.16-02/17 FIZIČNO VAROVANJE KOMPLEKSA SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO, bodisi na lokaciji naročnika bodisi preko drugih oblik, preko katerih bi se seznanil s podatki na nosilcih, kjer so zapisani podatki, ter se ravnal v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07- uradno prečiščeno besedilo).

S podpisom te izjave se še posebej zavezujem, da ne bom za svojo osebno uporabo in/ali uporabo izvajalca izkoriščal/a ali izdal/a tretji osebi podatkov, ki so mi bili zaupani oziroma sem se z njimi seznanil/a v času izvajanja pogodbenih storitev.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_