|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Załącznik do Umowy Nr |  |
|  |  | z dnia |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w dniu ……………………… zapoznałem się z treścią *Polityki Bezpieczeństwa Informacji dla Wykonawcy Centrum e-Zdrowia (ZSZ.SZBI.ISO.P.A.15.\_Polityka-Bezpieczenstwa-Informacji-dla-wykonawcow\_IP\_v.1.1)* z dnia 2023-04-06 r. i zobowiązuję się przestrzegać poznanych zasad.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………………………………………………………………………………………………*  *(data i podpis osoby składającej oświadczenie)* |