**Załącznik nr 5 – Wzór „Oświadczenia Oceniającego wniosek o poufności”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OŚWIADCZENIE OCENIAJĄCEGO WNIOSEK O POUFNOŚCI Nabór nr 1/POZ1-REACT/2022

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko oceniającego:**  |  |
|  |   |

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/-am się z dokumentem „Procedura oceny i wyboru wniosków placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej o udział w projekcie „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia z wykorzystaniem narzędzia centralnego” („e-Gabinet+”)” oraz zobowiązuję się do: 1. wypełniania moich obowiązków w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą;
2. bezterminowego zachowania w tajemnicy wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych i wytworzonych w trakcie oceny wniosków w ramach prac ZO, w szczególności informacji i dokumentów, które stanowią tajemnice objęte ochroną na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
3. niezatrzymywania kopii jakichkolwiek pisemnych lub elektronicznych informacji udostępnionych mi w trakcie oceny wniosków w ramach prac ZO.

......................................................., dnia .............................. r.*(miejscowość)*............................................................*(podpis)* |