**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)* |