

PANACEUM-MED		Wersja 2	Strona nr 1
PB	Nazwa procedury Polityka Bezpieczeństwa	Z dnia 13.07.2022	Liczba stron 17



Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

PANACEUM-MED SPÓŁKA JAWNA
E.MARKOWSKA-KARDYŚ, I.SACHAŃBIŃSKA,
ul. Polna 2B, 46-053 Chrzastowice, NIP:
9910118074, REGON: 531572739

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

I. Wstęp

1. Informacje ogólne

1. Celem Polityki Bezpieczeństwa danych osobowych, zwanej dalej Polityką Bezpieczeństwa, jest uzyskanie optymalnego i zgodnego z wymogami obowiązujących aktów prawnych w zakresie ochrony danych osobowych, sposobu przetwarzania w PANACEUM-MED Spółka jawna, grupy informacji zawierającej dane osobowe.

Opisane i zastosowane w niej zabezpieczenia mają zapewnić:

- 1) **poufność danych** - rozumianą jako właściwość zapewniająca, że dane nie są udostępniane nieupoważnionym osobom,
- 2) **integralność danych** - rozumianą jako właściwość zapewniająca, że dane osobowe nie zostały zmienione lub zniszczone w sposób nieautoryzowany,
- 3) **rozliczalność danych** - rozumianą jako właściwość zapewniająca, że działania osoby mogą być przypisane w sposób jednoznaczny tylko tej osobie,
- 4) **integralność systemu** - rozumianą jako nienaruszalność systemu, niemożność jakiegokolwiek manipulacji, zarówno zamierzonej, jak i przypadkowej.

2. Cel przygotowania Polityki Bezpieczeństwa

Podstawowym celem przygotowania i wdrożenia dokumentu jest zapewnienie zgodności działania Placówki z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz Polskim regulacją prawnym.

3. Zakres informacji objętych polityką bezpieczeństwa oraz zakres stosowania

Dokument Polityki Bezpieczeństwa opisuje zasady i procedury przetwarzania danych osobowych i ich zabezpieczenia przed nieuprawnionym dostępem. Jest to zbiór działań zmierzających do uzyskania i utrzymania wymaganego poziomu bezpieczeństwa danych osobowych, tj. zapewnienie poufności, spójności i dostępności na każdym etapie tworzenia, przetwarzania, przechowywania i przesyłania danych osobowych.

Polityka Bezpieczeństwa, odnosi się całościowo do problemu zabezpieczenia danych osobowych przetwarzanych zarówno tradycyjnie, jak i w systemach informatycznych (w odniesieniu, do których w przypadku szczegółowych regulacji występuje odesłanie do procedur).

Jako załącznik do niniejszej polityki opracowano i wdrożono procedury. Określają one sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

osobowych, oraz danych osobowych poza systemem informatycznym ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia ich bezpieczeństwa.

II. Definicje

2. **Polityka** – rozumie się przez to Politykę Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych.
3. **Administrator Danych Osobowych (ADO)** – PANACEUM-MED Spółka jawna, Markowska-Kardyś Elżbieta, Sachańbińska Iwona, ul. Polna 2B, 46-053 Chrzastowice, NIP: 9910118074, REGON: 531572739.
4. **RODO** – rozumie się przez to Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. **RCPD** – Rejestr Czynności Przetwarzania Danych.
6. **Dane osobowe (dane)** - wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej.
7. **Szczególna kategoria danych** - Są to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych, dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej danej osoby oraz dane genetyczne i dane biometryczne przetwarzane w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej.
8. **Informacja medyczna i dokumentacja medyczna** - są to informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentów, przetwarzane zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i wzorów zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
9. **Naruszenie ochrony danych osobowych** - naruszenie bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do danych osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób przetwarzanych.
10. **Odbiorca** - osoba fizyczna lub prawna, organ publiczny, jednostka lub inny podmiot, któremu ujawnia się dane osobowe, niezależnie od tego, czy jest stroną trzecią; nie są odbiorcami organy publiczne, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

11. **Powierzenie danych osobowych** - operacji na danych osobowych na zlecenie Administratora.
12. **Pseudominizacja** - oznacza przetworzenie danych osobowych w taki sposób, by nie można ich było już przypisać konkretnej osobie, której dane dotyczą, bez użycia dodatkowych informacji, pod warunkiem, że takie dodatkowe informacje są przechowywane osobno i są objęte środkami technicznymi i organizacyjnymi uniemożliwiającymi ich przypisanie zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej.
13. **Anonimizacja** - uniemożliwia wszystkim stronom wyodrębnienie konkretnej osoby fizycznej ze zbioru danych. Uniemożliwia też, tworzenie powiązań między dwoma zapisami w zbiorze danych (lub między dwoma oddzielnymi zbiorami) i wnioskowanie jakichkolwiek informacji z tych danych.
14. **Zbiór danych** – zestaw danych osobowych posiadający określoną strukturę, dostępnych wg. określonych kryteriów.
15. **Zgoda osoby, której dane dotyczą** – rozumie się przez to oświadczenie woli, którego treścią jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych tego, kto składa oświadczenie; zgoda nie może być domniemana lub dorozumiana z oświadczenia woli o innej treści.
16. **Baza danych osobowych** - zbiór uporządkowanych powiązanych ze sobą tematycznie danych zapisanych na dysku twardym lub nośnikach zewnętrznych (np. zewnętrzny dysk twardy, płyta CD, DVD, pendrive). Baza danych jest złożona z elementów o określonej strukturze - rekordów lub obiektów, w których są zapisane dane osobowe.
17. **Przetwarzanie danych** - wykonywanie jakichkolwiek operacji na danych osobowych, np. zbieranie, utrwalanie, opracowywanie, udostępnianie, zmienianie, usuwanie.
18. **System informatyczny (system)** – zespół współpracujących ze sobą urządzeń, programów, procedur przetwarzania informacji i narzędzi programowych zastosowanych w celu przetwarzania danych.
19. **Administrator systemu Informatycznego (ASI- Informatyk)** - osoba nadzorująca pracę systemu informatycznego oraz wykonująca w nim czynności wymagające specjalnych uprawnień.
20. **Użytkownik** – osoba posiadająca uprawnienia do pracy w systemie informatycznym zgodnie z zakresem obowiązków służbowych lub zleceniem.
21. **Zabezpieczenie danych w systemie informatycznym** – wdrożenie stosownych środków administracyjnych, technicznych i fizycznych w celu zabezpieczenia zasobów informacyjnych przed modyfikacją, zniszczeniem, nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem lub pozyskaniem danych osobowych, a także ich utratą.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

22. **Nośnik danych** – nośnik służący do zapisu i przechowywania informacji, np. płyta CD, płyta DVD, pendrive, dysk twardy.
23. **Teleporada** - konsultacja z lekarzem znajdującym się w innym miejscu niż pacjent. Rozmowa jest prowadzona telefonicznie lub przy wykorzystaniu aplikacji do połączeń wideo.
24. **Praca zdalna** – wykonywanie zadań powierzonych przez pracodawcę poza siedzibą firmy.

III. Odpowiedzialność w zakresie zarządzania bezpieczeństwem.

1. Deklaracja

Administrator Danych(Zarząd) mając świadomość, że przetwarza dane osobowe, w tym dane osobowe **Pacjentów/Pracowników/Kontrahentów** deklaruje dołożyć wszelkich starań, aby przetwarzanie odbywało się w zgodności z przepisami prawa. Administrator danych deklaruje stosowanie środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną.

2. Działalność administratora jako podmiotu leczniczego regulują w szczególności:

- 1) ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) ustawa o działalności leczniczej;
- 3) ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 4) ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 5) ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców;
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 8) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej
- 9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
- 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

3. Jako podmiot leczniczy, administrator przetwarza dane osobowe w celach zdrowotnych na podstawie **art. 9 ust. 2 lit. h** Rozporządzenia.

4. Przez cele zdrowotne rozumie się:

- 1) **profilaktykę zdrowotną** - w szczególności poprzez informowanie pacjentów o możliwości pobierania świadczeń zdrowotnych, przekazywanie materiałów edukacyjnych,
- 2) **badanie kierowców i kandydatów na kierowców** - w szczególności poprzez badania profilaktyczne, wydanie orzeczenia lekarskiego,
- 3) **opiekę z zakresu medycyny szkolnej** - w szczególności świadczenia zdrowotne opieki nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki w miejscu, w którym się uczą i wychowują.
- 4) **diagnozę medyczną oraz leczenie** - w szczególności poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 5) **zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami opieki zdrowotnej** - w szczególności poprzez:
 - rejestrację pacjenta do usług administratora,
 - odbieranie oraz archiwizację oświadczeń pacjentów wynikających z realizacji ich praw pacjenta,
 - wykorzystywanie i utrzymywanie infrastruktury informatycznej służącej wspieraniu procesu leczenia,
 - rozliczanie udzielonych świadczeń,
 - wymianę danych osobowych pacjenta z innym podmiotem leczniczym w ramach zachowania ciągłości leczenia.

5. W zakresie wykraczającym poza cele zdrowotne administrator przetwarza dane na podstawie:

- zgody pacjenta (art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia) - w celach marketingowych
- prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia) - w celu dochodzenia roszczeń i obrony przed roszczeniami oraz zastosowany system monitoringu wizyjnego.

6. Zgoda, o której mowa w pkt 5 jest dobrowolna i jej wyrażenie jest świadomym działaniem pacjenta. Nieudzielenie zgody nie powoduje dla pacjenta żadnych negatywnych konsekwencji, w szczególności nie skutkuje odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego ani nie warunkuje udzielenia tego świadczenia.

7. Administrator danych - zadania i obowiązki

- 1) ADO obowiązany jest zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednio do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem;

- 2) realizuje obowiązek informacyjny wobec osoby, której dane dotyczą oraz przestrzega praw osoby, której dane dotyczą, m.in. prawa do dostępu oraz poprawiania swoich danych; prawa do sprzeciwu czy prawa do przenoszenia danych;
- 3) upoważnia poszczególne osoby do przetwarzania danych osobowych w określonym indywidualnie zakresie, odpowiadającym zakresowi jej obowiązków;
- 4) podejmuje odpowiednie działania w przypadku naruszenia lub podejrzenia naruszenia procedur bezpiecznego przetwarzania danych osobowych;
- 5) zapewnia przetwarzanie danych zgodnie z uregulowaniami Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych, sprawuje nadzór nad bezpieczeństwem danych osobowych;
- 6) współpraca z organem nadzorczym;
- 7) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z konsultacjami związanymi oceną skutków dla ochrony danych oraz we wszelakich innych sprawach;
- 8) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy.

8. Osoby odpowiedzialne za przetwarzanie danych osobowych – zadania i obowiązki:

Inspektor ochrony danych (IOD)

Administrator jako podmiot leczniczy zobowiązany jest do wyznaczenia Inspektora Ochrony Danych Osobowych, w szczególności jeżeli:

- 1) jego główna działalność polega na przetwarzaniu na dużą skalę danych szczególnej kategorii (danych o stanie zdrowia);
- 2) jest podmiotem publicznym (w szczególności samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej).

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych i dokonał zawiadomienia o wyznaczeniu Inspektora do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Administrator stwarza Inspektorowi Ochrony Danych odpowiednie warunki, aby mógł realizować swoje obowiązki, w szczególności poprzez:

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

- 1) niezwłoczne oraz odpowiednie włączanie go we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych;
- 2) zapewnienie zasobów niezbędnych do wykonywania jego zadań oraz utrzymania jego fachowej wiedzy;
- 3) zapewnienie mu niezależności w sprawowaniu jego funkcji, m.in. poprzez niewydawanie instrukcji dotyczących wykonywania przez niego jego zadań,
- 4) nieponoszenie przez Inspektora negatywnych konsekwencji za wypełnianie przez niego jego zadań,
- 5) zapewnienie odpowiedniej struktury organizacyjnej aby podlegał jedynie najwyższemu kierownictwu.

Zadania Inspektora ochrony danych obejmują w szczególności:

- 1) podnoszenie świadomości wśród personelu przetwarzającego dane osobowe oraz podmiotów przetwarzających dane osobowe na zlecenie Administratora, poprzez realizację szkoleń oraz informowanie o obowiązkach spoczywających na tych osobach i podmiotach;
- 2) monitorowanie przestrzegania przez Administratora przepisów Rozporządzenia i innych przepisów prawa ochrony danych osobowych oraz regulacji wewnętrznych przyjętych u Administratora regulujących kwestie związane z przetwarzaniem danych osobowych;
- 3) wykonywanie audytów w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych;
- 4) uczestniczenie oraz wspieranie Administratora w dokonywaniu oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie wykonania oceny tych skutków;
- 5) współpraca z Urzędem Ochrony Danych Osobowych;
- 6) sprawowanie funkcji punktu kontaktowego dla Pacjentów w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych;
- 7) prowadzenie Rejestru czynności przetwarzania, na bieżąco aktualizowany i udostępniany przez Administratora na każde żądanie Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) informowanie Administratora, podmioty przetwarzające oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych wymagań praw.

Osoba upoważniona do przetwarzania danych:

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

- 1) Może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie ustalonym indywidualnie przez Administratora Danych w upoważnieniu i tylko w celu wykonywania nałożonych na nią obowiązków. Zakres dostępu do danych przypisany jest do niepowtarzalnego identyfikatora użytkownika, niezbędnego do rozpoczęcia pracy w systemie. Rozwiązanie stosunku pracy bądź odwołanie z pełnionej funkcji powoduje wygaśnięcie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.
- 2) Musi zachować tajemnicę danych osobowych oraz przestrzegać procedur ich bezpiecznego przetwarzania. Przestrzeganie tajemnicy danych osobowych obowiązuje przez cały okres zatrudnienia u Administratora, a także po ustaniu stosunku pracy lub odwołaniu z pełnionej funkcji.
- 3) Musi zapoznać się z przepisami prawa w zakresie ochrony danych osobowych oraz postanowieniami niniejszej Polityki Bezpieczeństwa.
- 4) Stosuje określone przez Administratora Danych procedury oraz wytyczne mające na celu przetwarzanie danych osobowych zgodnie z obowiązującym prawem.
- 5) Korzysta z systemu informatycznego Administratora Danych w sposób zgodny z procedurami. Zabezpiecza dane przed ich udostępnianiem osobom nieupoważnionym.
- 6)

Obowiązki personelu medycznego

- 1) Dostęp do danych osobowych pacjentów posiada personel medyczny (lekarze oraz pielęgniarki, fizjoterapeuci) oraz inne osoby podczas wykonywania czynności pomocniczych niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, adekwatnie do ich obowiązków służbowych.

Personel administratora zobowiązany jest do:

- zapoznania się oraz stosowania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia;
- ochrony przetwarzanych danych osobowych przed nieuprawnionym dostępem do tych danych, ich nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem;
- niszczenia w bezpieczny sposób wszelkich nośników zawierających dane osobowe (w formie papierowej jak i elektronicznej);
- korzystania z zasobów informatycznych oraz sprzętu w sposób zgodny z ich przeznaczeniem i w sposób bezpieczny, m.in. poprzez okresową zmianę haseł,

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

zachowanie poufności loginów i haseł oraz niepozostawianie sprzętu bez nadzoru;

- niezwłocznego informowania przełożonych o zaobserwowanych nieprawidłowościach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych;

- przechowywania dokumentacji zawierającej dane osobowe w przeznaczonych do tego miejscach, z ograniczonym dostępem osób trzecich, zwłaszcza dokumentacji medycznej pacjentów;

- niepozostawiania stanowisk recepcyjnych/punktów rejestracji pacjenta bez nadzoru.

2) Personel ponosi odpowiedzialność za należyte wykonywanie swoich obowiązków i jest on pouczony przez administratora o sankcjach wynikających z nieprawidłowości w tym zakresie, w tym o odpowiedzialności karnej.

IV. Przetwarzanie Danych Osobowych

1. Pomieszczenia w których przetwarza się dane osobowe

- 1) Pomieszczeniami tworzącymi obszar, w którym znajdują się przetwarzane dane osobowe są pomieszczenia, w których znajdują się zbiory danych w formie kartotek, rejestrów i innej oraz stacjonarny sprzęt komputerowy, w którym są przetwarzane dane osobowe.
- 2) Przebywanie w pomieszczeniach znajdujących się wewnątrz obszaru przetwarzania, osób nieuprawnionych do dostępu do danych osobowych, jest dopuszczalne tylko w obecności osoby zatrudnionej przy przetwarzaniu tych danych.
- 3) Pomieszczenia, w których przetwarzane są dane osobowe powinny być zamykane i chronione na czas nieobecności w nich osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osób trzecich.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

- 4) Dokumentację medyczną należy zabezpieczyć przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub _____ utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Wymagane jest fizyczne zabezpieczenie pomieszczeń i znajdującej się w niej dokumentacji.
- 5) Każdorazowo wyjście z gabinetu, Rejestracji musi być połączone z zamknięciem drzwi (także drzwi wewnętrznych, przejściowych).
- 6) Po zakończonej pracy wszystkie szafy muszą być zamknięte na klucz, a klucze umieszczone w bezpiecznym, zabezpieczonym miejscu. Niedozwolone jest zostawianie kluczy w zamkach.

V. Określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności przetwarzanych danych

W Placówce rozróżnia się następujące kategorie środków zabezpieczeń danych osobowych:

1. Zabezpieczenia fizyczne:

- pomieszczenia zamykane na klucz,
- szafy metalowe zamykane na klucz,
- alarm, nadzór firmy ochrony
- zamki szyfrowe

2. Zabezpieczenia procesów przetwarzania danych w dokumentacji papierowej:

- przetwarzanie danych osobowych następuje w wyznaczonych pomieszczeniach,
- przetwarzanie danych osobowych następuje przez wyznaczone do tego celu osoby.

3. Zabezpieczenia organizacyjne:

- Administrator Systemu Informatycznego na bieżąco kontroluje pracę systemu informatycznego z należytą starannością, zgodnie z aktualnie obowiązującą w tym zakresie wiedzą i z obowiązującymi procedurami,
- sporządzono i wdrożono wewnętrzną politykę bezpieczeństwa,
- sporządzono i wdrożono Instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych,
- sporządzono Rejestr czynności przetwarzania,
- sporządzono Analizę ryzyka,
- sporządzono Rejestr Naruszeń,
- ustalono regulamin obiegu dokumentacji medycznej,

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

- do przetwarzania danych zostały dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienia nadane przez Administratora danych, bądź osobę przez niego upoważnioną,
- stworzono procedurę postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych,
- osoby zatrudnione przy przetwarzaniu danych zostały zaznajomione z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz w zakresie zabezpieczeń systemu informatycznego,
- osoby zatrudnione przy przetwarzaniu danych osobowych obowiązane zostały do zachowania ich w tajemnicy,
- przetwarzanie danych osobowych dokonywane jest w warunkach zabezpieczających dane przed dostępem osób nieupoważnionych,
- przebywanie osób nieuprawnionych w pomieszczeniach, gdzie przetwarzane są dane osobowe jest dopuszczalne tylko w obecności osoby zatrudnionej przy przetwarzaniu danych osobowych oraz w warunkach zapewniających bezpieczeństwo danych,
- wprowadzono zasadę „czystego biurka” i „białej kartki”,
- dokumenty i nośniki informacji zawierające dane osobowe, które podlegają zniszczeniu, neutralizuje się za pomocą urządzeń do tego przeznaczonych lub dokonując takiej ich modyfikacji, która nie pozwoli na odtworzenie ich treści, aby po dokonaniu usunięcia danych niemożliwa była identyfikacja osób,
- informacji telefonicznych o stanie zdrowia/wyniku badania nie udziela się, względnie udziela się po zidentyfikowaniu rozmówcy i stwierdzeniu jego upoważnienia do uzyskania danych,
- stworzono procedurę postępowania z kluczami.

4. Organizacja pracy przy przetwarzaniu danych osobowych i zasady przetwarzania:

- w Placówce jest stworzony rejestr osób upoważnionych, który na bieżąco jest aktualizowany,
- przetwarzać dane osobowe mogą jedynie pracownicy, którzy posiadają stosowne upoważnienie,
- w trakcie przetwarzania danych osobowych, pracownik jest osobiście odpowiedzialny za bezpieczeństwo powierzonych mu danych,
- przed przystąpieniem do realizacji zadań związanych z przetwarzaniem danych osobowych, pracownik winien sprawdzić, czy posiadane przez niego dane były należycie zabezpieczone, oraz czy zabezpieczenia te nie były naruszone,

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

- w trakcie przetwarzania danych osobowych, pracownik winien dbać o należyte ich zabezpieczenie przed możliwością wglądu, bądź zmiany przez osoby do tego celu nieupoważnione,
- po zakończeniu przetwarzania danych pracownik winien należycie zabezpieczyć dane osobowe przed możliwością dostępu do nich osób nieupoważnionych.

VI. Kontrola wewnętrzna stanu ochrony danych osobowych i przestrzegania zasad ich ochrony

1. Inspektor Ochrony Danych(na polecenia ADO) sprawdza zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych, a następnie opracowuje w tym zakresie sprawozdanie dla Administratora Danych.
2. ADO sprawuje nadzór nad przestrzeganiem zasad ochrony danych osobowych. ADO lub osoba przez niego upoważniona dokonuje okresowych kontroli i oceny funkcjonowania mechanizmów zabezpieczeń oraz przestrzegania zasad postępowania w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych.
3. Zaobserwowane błędy oraz zaniechania w przestrzeganiu Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych przedstawia się Administratorowi Danych Osobowych oraz pracownikom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych.

VII. Szkolenia lub zapoznawanie osób z zasadami ODO

1. Każda osoba przed dopuszczeniem do pracy z systemem informatycznym przetwarzającym dane osobowe lub zbiorami w wersji papierowej winna być poddana przeszkoleniu lub zapoznana z:
 - 1) podstawami prawnymi dotyczącymi bezpieczeństwa danych osobowych,
 - 2) zasadami ochrony danych osobowych zawartymi w niniejszej Polityce.
2. Za przeprowadzenie szkolenia lub zapoznania z zasadami ochrony danych osobowych odpowiada ADO.
3. W przypadku przeprowadzenia szkolenia wewnętrznego z zasad ochrony danych osobowych wskazane jest udokumentowanie odbycia tego szkolenia za pomocą listy obecności z przeprowadzonego szkolenia.
4. Każda nowozatrudniona osoba po odbytych szkoleniu lub po zapoznaniu z zasadami ochrony danych osobowych zobowiązana jest do podpisania Zobowiązania do zachowania poufności.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

5. Podpisane Oświadczenia zostają zarchiwizowane, w aktach osobowych lub teczkach pracowników.

VIII. Praca zdalna w związku z sytuacją pandemiczną wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2

1. Pracownik może korzystać z papierowej dokumentacji zawierającej dane osobowe wyłącznie za zgodą pracodawcy. Obszar przetwarzania takich danych musi być jasno określony przez przełożonego.
2. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez pracowników podczas pracy zdalnej jest pracodawca. Na pracodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia przestrzegania zasad bezpieczeństwa danych, zarówno tych przetwarzanych za pośrednictwem urządzeń elektronicznych, jak i zawartych w dokumentacji papierowej.
3. Pracownik może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w związku z wykonywaniem powierzonych mu obowiązków służbowych, z zachowaniem ustalonej przez pracodawcę polityki bezpieczeństwa i procedur w tym zakresie.
4. Pracodawca powierzając wykorzystywanie dokumentacji papierowej podczas pracy zdalnej winien spełnić następujące warunki:
 - a) zadbać o ewidencjonowanie powierzonej dokumentacji zawierającej dane osobowe,
 - b) zapewnić ograniczone przechowywanie materiałów — papierowe dokumenty z danymi osobowymi mają być przechowywane przez pracownika wyłącznie na czas wykonywania określonego zadania czy projektu,
 - c) ograniczenie liczby dokumentów, które zdalny pracownik wnosi z siedziby Administratora — powierzona dokumentacja ma być niezbędna do celu przetwarzania danych osobowych przez pracownika,
 - d) przenoszone dokumenty muszą być odpowiednio zabezpieczone, np. w zabezpieczonej teźce, zamykanej na kod walizce, w sposób niewidoczny dla osób trzecich,
 - e) dokumenty muszą być również odpowiednio zabezpieczone w miejscu wykonywania pracy zdalnej, np. w szafkach i biurkach zamykanych na klucz, w miejscach niedostępnych dla nieuprawnionych osób trzecich, np. członków rodziny pracownika,
 - f) zapewnienie, aby pracownik wykorzystywał powierzoną dokumentację wyłącznie w tym celu, w jakim byłaby ona wykorzystywana w stałym miejscu pracy,
 - g) ustalenie procedury niszczenia dokumentów, np. zakaz wyrzucania ich do domowego kosza, konieczność odpowiedniego zabezpieczenia w celu zniszczenia

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

ich po zakończonym projekcie (np. rekrutacja) w niszczarce znajdującej się w biurze — jeśli pracownik nie ma w domu takiego sprzętu, pracodawca ma obowiązek poinstruowania pracownika o konieczności zgłoszenia każdego incydentu naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych. Pracodawca jako Administrator danych musi w takiej sytuacji wywiązać się z obowiązku, o którym mowa w artykule 33 ust. 1 Rozporządzenia RODO (zgłoszenie naruszenia danych osobowych organowi nadzorczemu nie później niż w terminie 72 godzin po stwierdzeniu incydentu).

Jeśli nie jest możliwe zastosowanie wyżej wymienionych rozwiązań, należy rozważyć pracę na kopiach dokumentów zawierających dane osobowe, a pracownik ma obowiązek chronić na równi dane osobowe zawarte w kopii i oryginalnym dokumencie.

- 5.** Pracownik nie powinien przenosić dokumentacji papierowej z biura do miejsca wykonywania pracy zdalnej w następujących przypadkach:
 - a) pracodawca wdrożył elektroniczny obieg dokumentów, więc pracownik ma bezpieczny dostęp do niezbędnych danych osobowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - b) pracodawca może udostępnić zdalnemu pracownikowi odpowiednio zaszyfrowane elektroniczne kopie dokumentów zawierających dane osobowe,
 - c) pracodawca może szybko i bezpiecznie wdrożyć elektroniczny obieg dokumentacji w firmie.
- 6.** Pracodawca ma obowiązek każdorazowo ocenić niezbędność wykorzystania przez zdalnego pracownika papierowej dokumentacji zawierającej dane osobowe. W tym celu musi uwzględnić dostępne środki, charakter danych oraz cele, dla których te dane są przetwarzane.
- 7.** Przyjmowane rozwiązania pracy zdalnej muszą już w fazie ich projektowania być zgodne z rozporządzeniem RODO – zasada privacy by design (art. 25 rozporządzenia RODO).
- 8.** Należy zapewnić każdemu z pracowników odpowiednie szkolenie z zakresu obowiązującej w firmie procedury bezpieczeństwa oraz zasad korzystania z narzędzi i również zadbać o udokumentowanie tego faktu.
- 9.** Wdrożyć oświadczenia o zachowaniu poufności oraz upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, jak również sam rejestr takich upoważnień.
- 10.** Pracodawcy, biorąc pod uwagę zawodowy charakter ich działalności i obowiązek dołożenia należytej staranności, powinni uregulować kwestie pracy zdalnej w dokumentacji wewnętrznej tj. wdrożyć regulamin pracy zdalnej.
- 11.** Pracodawca winien ewidencji urządzeń przenośnych, które mają dostęp do danych firmowych.
- 12.** Pracodawca winien ewidencjonować pozyskane zgody na przetwarzanie danych

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

osobowych np. w formie ewidencji zgód.

- 13.** Pracodawca powinien przypominać pracownikom o konieczności dopełniania obowiązku informacyjnego wobec klientów, kontrahentów np. w formie komunikatu lub instrukcji zgodnie z art. 24 ust. 2 rozporządzenia RODO, który przewiduje obowiązek wdrożenia polityk ochrony danych osobowych, gdy jest to proporcjonalne w stosunku do czynności przetwarzania.
- 14.** Konieczność pracy zdalnej i związane z tym ryzyka i wyzwania w zakresie ochrony danych osobowych stanowią o podstawie do samoregulacji przez Administratorów danych osobowych.

IX. Teleporady w związku z sytuacją pandemiczną wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2

Zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r.

w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz art. 40 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, podstawowym obowiązkiem lekarza jest zachowanie tajemnicy informacji dotyczących pacjentów przyjmowanych w ramach wykonywania zawodu. Wynika to z etyki zawodowej lekarzy, a także z obowiązujących przepisów prawa.

Teleporada czy też wizyta lekarska online jest świadczeniem równoprawnym do wizyt odbywanych w tradycyjnej formie. Podobnie jak w przypadku usługi medycznej wykonywanej w obecności pacjenta, musi być wykonywana zgodnie z obowiązującymi zasadami etyki lekarskiej, czyli m.in. z zachowaniem tajemnicy zawodowej. Obowiązki Placówek medycznych względem RODO są następujące:

- 1.** Pracodawca winien zapewnić bezpieczne kanały komunikacji na linii pacjent-lekarz. Należy zadbać o to, by żadne informacje nie wydostały się poza krąg osób uprawnionych.
- 2.** Podczas wizyty lekarz powinien przebywać w ustronnym miejscu, gdzie nikt nie będzie mógł podsłuchać jego rozmowy.
- 3.** Należy zabezpieczyć linię telefoniczną lub komunikator, za pośrednictwem którego odbywa się połączenie. Do komunikacji z pacjentem powinno się używać tylko zaufanych kanałów, które mają stosowne zabezpieczenia.
- 4.** W przypadku teleporady możliwa jest zdalna weryfikacja tożsamości bazująca na oświadczeniu pacjenta. Taka opcja w trakcie stanu epidemicznego aż do odwołania obowiązuje na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. Pacjent podaje dane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności. W przypadku pacjentów, którzy byli już w placówce leczniczej, dane weryfikuje się na podstawie tych, które przekazali oni

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

osobiście.

5. Teleporada jest równoznaczna z tradycyjną konsultacją medyczną.
W związku z tym należy ją traktować tak samo również pod względem prowadzenia dokumentacji medycznej. Świadczenie telemedyczne powinno być udokumentowane.
6. Należy sporządzić opis medyczny i notatkę, w której wskazana będzie forma udzielenia konsultacji, narzędzie, za pomocą którego się odbyła oraz czas jej trwania.
7. Procedura pracy zdalnej powinna uwzględniać kwestie przesyłania danych. Dobrze, by znalazły się w nich nawet tak szczegółowe informacje, jak np. sposób wysyłki i szyfrowania dokumentacji medycznej, a także sposoby zabezpieczania haseł.
8. Zaleca się aby rejestratorzy medyczni stanowiący pierwszą linię w kontaktach z pacjentami – byli odpowiedzialni nie tylko za wizerunek, ale również właściwy przepływ informacji w placówce.
9. Zaleca się szkolenia dla podwyższenia jakości pracy zdalnej pod kątem zgodności działań z RODO oraz postępowaniem z „trudnym” pacjentem.
10. Świadczeniodawcy POZ zobowiązani zostali do zachowania standardu w zakresie udzielania teleporad m.in. przy ustalaniu tożsamości, jak i w obowiązku dokonywania oceny adekwatności teleporady do stanu zdrowia pacjenta.

X. Prawa osób, których dane dotyczą

Administrator przetwarza dane osobowe z poszanowaniem praw pacjenta oraz praw osób, których dane dotyczą wynikających z Rozporządzenia.

Administrator prowadzi **rejestr zgłoszonych żądań**, przez osoby, których danych dotyczą. Przed wykonaniem praw osoby, której dane dotyczą administrator dokonuje weryfikacji tożsamości osoby zgłaszającej żądanie, celem ustalenia, czy żądanie pochodzi od osoby uprawnionej.

Administrator zapewnia odpowiednie zaplecze techniczne oraz kadrowe w celu terminowej oraz rzetelnej realizacji praw osoby, której dane dotyczą. Zgłoszone żądania realizowane są przez administratora niezwłocznie, nie później niż w terminie miesiąca od otrzymania żądania. W przypadku niemożności wykonania żądania w w/w terminie, z uwagi na skomplikowany charakter sprawy, administrator kontaktuje się z pacjentem i informuje go przyczynie wydłużenia tego terminu oraz przewidywanym terminie realizacji żądania pacjenta.

Prawo do informacji

Pacjenci są informowani przez administratora o sposobie przetwarzania ich danych osobowych oraz przysługującym ich uprawnieniach w formie noty informacyjnej, z którą mogą zapoznać się w każdej chwili w siedzibie administratora, jego jednostkach organizacyjnych oraz na stronie internetowej.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

Klauzula informacyjna jest sporządzona prostym językiem, w sposób przejrzysty i wyczerpuje wszystkie informacje zgodnie z art. 13 oraz 14 Rozporządzenia.

Prawo dostępu do danych

Na żądanie pacjenta administrator udziela mu informacji o sposobie przetwarzania jego danych osobowych.

Na żądanie pacjenta administrator udostępnia mu nieodpłatnie pierwszą kopię jego danych osobowych, w tym zawierającą jego dokumentację medyczną; za każdą kolejną kopię

administrator może pobrać opłatę w rozsądnej wysokości (w tym za wydanie kopii w formie papierowej pobierana jest opłata zgodnie z przepisami regulującymi stawki za każdą wydaną stronę dokumentacji medycznej).

Jeżeli żądanie wydania kopii danych zostało złożone administratorowi w formie elektronicznej a pacjent nie zaznacza inaczej - kopia wydawana jest w tej samej formie. Administrator może udostępnić kopię w inny sposób, niż wybrany przez pacjenta, jeżeli ze względów technicznych nie jest to możliwe (np. ze względu na wagę pliku w wersji elektronicznej); o niemożności dostarczenia kopii w wybrany przez pacjenta sposób oraz proponowanym alternatywnym rozwiązaniu administrator niezwłocznie powiadamia pacjenta.

Prawo do sprostowania danych

Administrator umożliwia pacjentowi niezwłoczne sprostowanie jego danych osobowych, jeżeli są one nieprawidłowe lub nieaktualne, lub ich uzupełnienie.

Administrator może żądać od pacjenta stosownych dokumentów w celu okazania, aby ustalić zasadność oraz zgodność z prawem dokonywanej zmiany danych osobowych.

Prawo do usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym)

Administrator usuwa bez zbędnej zwłoki dane osobowe pacjenta na żądanie pacjenta, jeżeli na administratorze nie spoczywają obowiązki nakazujące dalsze przetwarzanie danych osobowych.

Administrator odmawia realizacji prawa do bycia zapomnianym, jeżeli została wytworzona dokumentacja medyczna pacjenta i nie upłynął okres jej przechowywania wynikający z przepisów regulujących sposób oraz okres prowadzenia oraz przechowywania dokumentacji medycznej.

Odmowa realizacji prawa do usunięcia danych jest przekazywana przez administratora pacjentowi wraz z uzasadnieniem przyczyny odmowy zawierającym podstawy prawne odmowy.

Prawo do ograniczenia przetwarzania

Z uwagi na fakt, iż realizacja prawa do ograniczenia przetwarzania danych znacznie utrudniłaby realizację celów zdrowotnych, o których mowa w pkt 3.3., pomimo zgłoszonego żądania ograniczenia przetwarzania danych, administrator jest uprawniony

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

do ich przetwarzania w dalszym zakresie (w szczególności zawartych w dokumentacji medycznej lub innych danych, przetwarzanych w oparciu o art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia).

Prawo do przenoszenia danych

Dla danych osobowych przetwarzanych w oparciu o podstawę prawną - art. 9 ust. 2 lit. h wobec administratora będącego podmiotem leczniczym, prawo do przenoszenia danych nie znajduje zastosowania.

W sytuacji odmowy realizacji żądania prawa do przenoszenia danych, administrator informuje pacjenta o przyczynie odmowy i instruuje pacjenta jakie kroki może podjąć w celu przekazania dokumentacji medycznej do innego podmiotu leczniczego.

Prawo do sprzeciwu

Dla danych osobowych przetwarzanych przez administratora będącego podmiotem leczniczym, w oparciu o podstawę prawną - art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia, prawo do sprzeciwu nie znajduje zastosowania.

XI. Realizacja żądań osób

Role oraz odpowiedzialność

1. Każdy pracownik PANACEUM-MED do którego wpłynie wniosek dotyczący przetwarzania danych osobowych, niezwłocznie przesyła go na adres e-mail do Zarządu Spółki.
2. Zarząd jest odpowiedzialny za rejestrację wniosku, zebranie informacji oraz stworzenie odpowiedzi do osoby wnioskującej o udzielenie jej informacji w trybie art. 15 RODO.
3. Pracownicy są odpowiedzialni za wsparcie Zarządu w uzyskaniu wszelkich informacji, które są niezbędne do stworzenia odpowiedzi dla osoby, której dane dotyczą.
4. Odpowiedzialność za kontrolę przestrzegania procedury spoczywa na administratorze.

Osoby uprawnione do otrzymania informacji oraz weryfikacja tożsamości.

1. Każda osoba, której dane dotyczą, jest uprawniona do uzyskania od PANACEUM-MED potwierdzenia czy administrator przetwarza jej dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, osoba ta jest uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz pozyskania informacji określonych w art. 15 RODO, a także kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu.
2. Administrator przekazuje osobie, która wnioskuje o przekazanie informacji o przetwarzaniu jej danych osobowych, wzór wniosku stanowi zał. nr. 11 do PB. Przesłanie wzoru wniosku nie jest wymagane, jeżeli pierwotne zgłoszenie zawiera dane osobowe niezbędne do prawidłowej weryfikacji podmiotu danych, w szczególności: imię i nazwisko, numer PESEL oraz wyraźne żądanie wnioskującego.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

3. Osoba odbierający wniosek ma obowiązek sprawdzenia, czy dane osobowe osoby wnioskującej są przetwarzane przez PANACEUM-MED.
4. Po potwierdzeniu, że dane osobowe osoby wnioskującej nie były dotychczas przetwarzane przez PANACEUM-MED. ma obowiązek przekazania tej informacji osobie wnioskującej.
5. Po potwierdzeniu, że dane osobowe osoby wnioskującej są przetwarzane przez podmiot, Administrator ma obowiązek sprawdzenia zgodności podanych danych osobowych we wniosku z danymi osobowymi przetwarzanymi przez PANACEUM -MED.
6. W przypadku niezgodności podanych danych Administrator podejmuje kontakt z osobą, której dane dotyczą, wykorzystując do tego numer telefonu lub adres email, które zostały podane przez osobę jako jej dane kontaktowe przed wpływieniem wniosku.
7. W przypadku potwierdzenia tożsamości osoby wnioskującej, udziela się informacji w terminie 30 dni liczonych od dnia otrzymania żądania.
8. Jeżeli osoba, której dane dotyczą, składa wniosek bezpośrednio w placówce, wówczas pracownik przeprowadza weryfikację tożsamości tej osoby. Weryfikacji tożsamości dokonuje się poprzez kontrolę okazanego przez osobę wnioskującą dokumentu potwierdzającego tożsamość, zawierającego co najmniej zdjęcie, imię i nazwisko oraz PESEL lub w przypadku jego braku inny numer jednoznacznie identyfikujący osobę fizyczną. Dokumentem potwierdzającym tożsamość jest w szczególności: dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem.
9. Przy braku potwierdzenia tożsamości wnioskującego przekazuje informacje o tym do Zarządu i na podstawie tych informacji podejmuje decyzję co do przekazania informacji, o które wnioskuje osoba, której dane dotyczą.
10. Administrator może podjąć dodatkowe czynności zmierzające do ustalenia tożsamości osoby wnioskującej, w tym dokonanie czynności weryfikacyjnych przy użyciu narzędzi, dostępnych w podmiocie.

Zasady oraz zakres udzielania informacji

1. Po potwierdzeniu tożsamości osoby wnioskującej, Administrator ustala w jakich procesach są przetwarzane jej dane osobowe.
2. Po ustaleniu procesów, o których mowa w ustępie powyższym kontaktuje się z Pracownikiem/Kierownikiem działu, w ramach której są przetwarzane dane osoby wnioskującej oraz innymi osobami, które mogą pomóc w pozyskaniu informacji niezbędnych do udzielenia informacji, a także sprawdza rejestr czynności przetwarzania danych osobowych co do informacji tam zawartych. Na podstawie zebranych informacji przygotowuje się odpowiedź do osoby wnioskującej.

Polityka Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

3. Odpowiedź, o której mowa w ustępie poprzednim, jest przygotowywana w zwartej, przejrzystej, zrozumiałej i łatwo dostępnej formie oraz jasnym i prostym językiem.
4. Po zatwierdzeniu odpowiedzi przez Administratora przekazuje się odpowiedź osobie wnioskującej w formie elektronicznej, chyba że osoba, której dane dotyczą, zażąda innej formy we wniosku. Odpowiedzi udzielane drogą telefoniczną powinny zostać zarejestrowane za pomocą służbowych urządzeń z funkcją rejestrowania rozmów.

XII. Postanowienia końcowe

1. Polityka Bezpieczeństwa jest dokumentem wewnętrznym i nie może być udostępniania osobom i instytucjom postronnym w żadnej formie bez zgody Zarządu Spółki.
2. Polityka Bezpieczeństwa może być udostępniania osobom i instytucjom postronnym bez zgody ADO, jeżeli nie zawiera w treści informacji o zabezpieczeniach danych osobowych, a wszelkie załączniki występują w formie niewypełnionych szablonów.
3. Osoby przetwarzające dane osobowe zobowiązane są do stosowania postanowień zawartych w niniejszej Polityce.
4. Przypadki, nieuzasadnionego zaniechania obowiązków wynikających z niniejszego dokumentu potraktowane będą jako ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Polityce bezpieczeństwa mają zastosowanie przepisy Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych.
6. Zmiana dokonana w załączniku do niniejszej Polityki powoduje aktualizację danego załącznika, nie powoduje natomiast zmiany całości dokumentu. Po dokonaniu aktualizacji załącznika jego wcześniejsza wersja automatycznie traci ważność.