Załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego

OŚWIADCZENIE

o wykorzystaniu oprogramowania i sprzętu komputerowego zgodnie z Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji

W związku z zawarciem w dniu …… umowy nr ……

Oświadczam, iż zobowiązuję się:

1. Korzystać z oprogramowania wyłącznie w związku i w celu realizacji umowy.
2. Nie pobierać z Internetu lub przesyłać nielicencjonowanego i nieautoryzowanego oprogramowania oraz innych utworów w rozumieniu ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83 z późn. zm.) chronionych prawem autorskim (np. utworów muzycznych, filmów, grafik, gier komputerowych i innych).
3. Nie odtwarzać ani instalować na służbowych komputerach, prywatnych kopii oprogramowania, plików muzycznych, video z żadnego nośnika danych (np. płyta CD/DVD, pendrive, dysk zewnętrzny) i z żadnego innego urządzenia.
4. Nie instalować żadnego oprogramowania na własną rękę.
5. Nie zmieniać parametrów systemu, które mogą być zmienione tylko przez osobę upoważnioną.
6. Nie kopiować oprogramowania zainstalowanego na służbowym sprzęcie na swoje własne potrzeby ani na potrzeby osób trzecich.
7. Przestrzegać postanowień zawartych w dokumentach stanowiących elementy Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w Szpitalu w tym Polityki zarządzania oprogramowaniem.
8. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej, o której mowa w art. 278 § 2, art. 291 oraz art. 292 w związku z art. 293 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.).
9. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej i cywilnej przewidzianej w art. 116 i następnych ustawy o prawie autorskich i prawach pokrewnych (Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83 z późn. zm.) za niezgodne z prawem korzystanie, rozpowszechnianie, utrwalanie, uzyskiwanie lub zwielokrotniania oprogramowania.
10. Jestem świadomy/a, że naruszenie przeze mnie wyżej określonych zobowiązań, może stanowić podstawę do zastosowania przez Szpital przysługujących mu środków prawnych, a w szczególności może stanowić przyczynę uzasadniającą wypowiedzenie przez Szpital umowy lub rozwiązanie jej bez wypowiedzenia.

……. ……
data czytelny podpis