

ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA TAJEMNICY SŁUŻBOWEJ

Niniejszym zobowiązuję się, do zachowania tajemnicy służbowej, związanej z wykonywaniem świadczeń wolontarystycznych, które realizuję w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. L. Błażka w Inowrocławiu, tj. w szczególności do nie rozpowszechniania w jakiegokolwiek formie, jakichkolwiek znanych mi informacji, wiadomości i materiałów, do których będę miał(a) dostęp w związku z realizacją wolontariatu. Zobowiązanie to obowiązuje zarówno w czasie trwania wolontariatu, jak i po jej wygaśnięciu.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wolontariusza)