

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Курской области

Приложение №1 к
Политике оператора в
отношении обработки
персональных данных

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
работника о неразглашении персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество)

(наименование должности и подразделения)

обязуюсь не разглашать персональные данные граждан застрахованных в системе ОМС РФ и сотрудников территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области, ставшие мне известными в связи с исполнением своих должностных обязанностей при их обработке, как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации.

Об ответственности за разглашение персональных данных предупрежден(а).

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(фамилия и инициалы)