



ZARZĄDZENIE NR 43/2026
z dnia 15.06.2026 r.

**Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szamotułach
w sprawie zmiany Polityki Ochrony Danych Osobowych w Samodzielnym Publicznym
Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach**

Na podstawie:

- a) art. 24, art. 25 oraz art. 32 Rozporządzenia 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 (RODO),
- b) § 20 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szamotułach,
- c) Polityki Ochrony Danych Osobowych obowiązującej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach,

zarządzam, co następuje:

§ 1

W związku z wdrożeniem od dnia 15 czerwca 2026 r. w systemie IMPULS modułu Elektroniczna Akceptacja Faktur (EAF) wprowadza się zmianę Załącznika nr 1 do Polityki Ochrony Danych Osobowych „Wnioski o nadanie / zmianę / wycofanie uprawnień użytkownika systemu informatycznego”.

§ 2

W części dotyczącej systemu IMPULS w Załączniku nr 1 do Polityki Ochrony Danych Osobowych dodaje się nową pozycję:

System

IMPULS

Elektroniczna Akceptacja Faktur (EAF)

z możliwością oznaczenia odpowiedniego zakresu uprawnień przez Administratora Systemów Informatycznych.

§ 3

Do wykazu załączników do Polityki Ochrony Danych Osobowych zmienia się Załącznik nr 8 „Zgoda na utrwalanie i rozpowszechnianie wizerunku”, określający zasady pozyskiwania zgód na utrwalanie, przetwarzanie i publikację wizerunku pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych oraz innych osób przebywających na terenie SPZOZ w Szamotułach.

§ 4

Załącznik nr 8 obejmuje zgodę na publikację wizerunku, w szczególności:

1. na stronie internetowej SPZOZ w Szamotułach,
2. w materiałach informacyjnych, edukacyjnych i promocyjnych SPZOZ w Szamotułach,
3. w mediach społecznościowych prowadzonych przez SPZOZ w Szamotułach, w szczególności na portalu Facebook,
4. w prezentacjach, publikacjach oraz innych materiałach związanych z działalnością SPZOZ w Szamotułach.

§ 5

Uprawnienia do modułu Elektronicznej Akceptacji Faktur nadawane są wyłącznie na podstawie zatwierdzonego wniosku o nadanie uprawnień użytkownika systemu informatycznego, zgodnie z obowiązującą procedurą nadawania dostępu do systemów informatycznych SPZOZ w Szamotułach.

§ 6

Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do zgłoszenia pracowników wymagających dostępu do modułu EAF oraz do weryfikacji zasadności przyznawanych uprawnień zgodnie z zakresem obowiązków służbowych pracownika.

§ 7

Dostęp do modułu EAF może zostać przyznany wyłącznie osobom:

1. posiadającym aktywne konto w systemie IMPULS,
2. posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych,
3. które zapoznały się z instrukcją użytkownika modułu Elektronicznej Akceptacji Faktur oraz zasadami bezpieczeństwa informacji obowiązującymi w SPZOZ w Szamotułach.

§ 8

Wykonanie zarządzenia powierzam Inspektorowi Ochrony Danych, Administratorowi Systemów Informatycznych oraz kierownikom komórek organizacyjnych odpowiedzialnym za stosowanie dokumentacji objętej niniejszym zarządzeniem.

§ 9

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Szamotułach

Remigiusz Pawelczak

**WNIOSEK****o nadanie / zmianę / wycofanie* uprawnień użytkownika systemu informatycznego****Dane użytkownika:**

Imię i nazwisko - PESEL			PESEL:
Komórka organizacyjna - oddział			
Stanowisko służbowe – nr PWZ			NPWZ:
Status	<i>pracownik etatowy / wykonawca umowy / stażysta / praktykant *</i>		
Data ważności uprawnień	od	Do	

**UPOWAŻNIAM I NADAJĘ / ZMIENIAM / WYCOFUJĘ*
uprawnienia użytkownika systemu informatycznego**

Nr / (nadaje IOD)

SYSTEM		Wszystkie uprawnienia	Przeglądanie	Edycja	Drukowanie	Dodawanie i usuwanie	Zarządzanie
ESKULAP	RUCH CHORYCH	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	REJESTRACJA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	LABORATORIUM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	RIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ROZLICZENIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ELEKTRONICZNA DOK. MED.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ANALIZY I RAPORTY	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ADMINISTRACJA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IMPULS	MAGAZYN	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	FINANSE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	KASA / BANK	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	KADRY / PŁACE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	HARMONOGRAMY	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Elektroniczna Akceptacja Faktur (EAF)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
KS-SOMED	REJESTRACJA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	WIZYTA / EDM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ROZLICZENIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	POZ / REHABILITACJA	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Monitoring wizyjny	DOSTĘP DO SYSTEMU/NAGRAŃ	☐	☐				
SWD	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐	pieczęć i podpis pracownika działu IT pieczęć i podpis IOD				
RADPOINT	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
ENDOBOX	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
e-PFRON	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
SoftMedica	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
Poczta elektroniczna	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
Bankowość elektro.	DOSTĘP DO SYSTEMU	☐					
Inne (określić jakie)	DOK. PAPIEROWA, TOP SOR, PŁATNIK, GPS, DSŁOKATE, APTEKA SZPITALNA*	☒					

1. Upoważniam Panią/Pana* jako osobę zatrudnioną w SPZOZ w Szamotułach do przetwarzania danych osobowych w zakresie wynikającym z powierzonych Pani/Panu* obowiązków służbowych na zajmowanym stanowisku pracy.

2. Nadaję Pani/Panu* uprawnienia do korzystania z systemów informatycznych oraz urządzeń wchodzących w ich skład.

3. Zakres uprawnień związanych z dostępem do systemów informatycznych określa niniejsza karta upoważnienia.

4. Niniejsze uprawnienia tracą ważność z dniem: rozwiązania umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej*, zakończenia stażu lub praktyki*, zmiany zakresu upoważnienia lub wycofania uprawnień*.

5. Wniosek wraz z zakresem upoważnienia zawartym w tabeli niniejszej karty wypełnia wnioskodawca.

(podpis wnioskującego)

(podpis pracownika)

(pieczęć i podpis administratora)

**OŚWIADCZENIE****OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI I PRZESTRZEGANIU ZASAD OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany/podpisana, zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy:

- danych osobowych, do których mam lub będę miał/miała* dostęp w związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach (64-500 Szamotuły, ul. Sukiennicza 13),
- informacji o stosowanych w SPZOZ w Szamotułach sposobach zabezpieczenia tych danych.

Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminów, instrukcji i procedur związanych z ochroną danych osobowych, obowiązujących w SPZOZ w Szamotułach. W szczególności zobowiązuję się nie wykorzystywać danych osobowych bez stosownego upoważnienia.

Oświadczam, że znana mi jest definicja danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt 1 RODO, zgodnie z którą dane osobowe to informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej („osobie, której dane dotyczą”).

Oświadczam, że zostałem/zostałam* zapoznany/zapoznana* z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz z Polityką Ochrony Danych obowiązującą w SPZOZ w Szamotułach.

Zobowiązuję się, w przypadku stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych lub wystąpienia okoliczności mogących na nie wskazywać, do niezwłocznego poinformowania Inspektora Ochrony Danych lub Administratora Systemu Informatycznego.

Zobowiązuję się do niepodejmowania samodzielnych działań związanych z instalowaniem oprogramowania na komputerach służbowych oraz do niestosowania w trakcie pracy nośników nieautoryzowanych przez Administratora Systemu Informatycznego.

Zobowiązuję się do zachowania szczególnej staranności przy przetwarzaniu danych, także poza systemem informatycznym, w szczególności do zapewnienia poufności dokumentów oraz przestrzegania zasad dostępu do danych osobowych i innych informacji prawnie chronionych.

OBOWIĄZKI

1. Każdy pracownik SPZOZ w Szamotułach oraz wykonawca umowy cywilnoprawnej zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz innych informacji prawnie chronionych, a także sposobów ich zabezpieczenia. Obowiązek ten obowiązuje również po ustaniu zatrudnienia lub wygaśnięciu umowy.
2. Dane osobowe mogą być wykorzystywane wyłącznie zgodnie z celem, dla którego zostały zebrane.
3. Dokumenty papierowe oraz nośniki informatyczne zawierające dane osobowe nie mogą być pozostawiane bez nadzoru ani udostępniane osobom nieupoważnionym.
4. Użytkownik systemu informatycznego korzysta wyłącznie z tych zasobów i urządzeń, do których został upoważniony.
5. Korzystanie z zasobów informatycznych dopuszczalne jest wyłącznie w celach związanych z działalnością Szpitala.
6. Tożsamość użytkownika systemu jest potwierdzana poprzez indywidualny identyfikator i hasło podlegające okresowej zmianie.
7. Zabrania się przechowywania haseł w sposób umożliwiający dostęp osobom nieupoważnionym.
8. Zabrania się rozpowszechniania informacji dotyczących systemów informatycznych SPZOZ.
9. Zabrania się ujawniania za pośrednictwem Internetu informacji prawnie chronionych.
10. Użytkownik zobowiązany jest do zabezpieczenia danych wyświetlanych na ekranie komputera przed dostępem osób nieupoważnionych (blokada komputera, ustawienie monitora, wygaszacz ekranu).
11. Zabrania się samodzielnej instalacji oprogramowania na komputerach służbowych. Instalacji dokonuje wyłącznie Administrator Systemu Informatycznego.
12. Oprogramowanie musi być wykorzystywane zgodnie z przepisami prawa autorskiego i licencjami. Kopiowanie oprogramowania do celów prywatnych jest zabronione.
13. Zabrania się używania prywatnych lub nieautoryzowanych nośników danych (np. USB, CD, DVD).
14. Dokumenty zbędne lub wadliwe należy niezwłocznie zniszczyć w sposób uniemożliwiający odczyt (np. w niszczarce).
15. Udostępnianie danych osobowych może odbywać się wyłącznie na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów.
16. Komputery służbowe nie mogą być wynoszone poza teren SPZOZ bez zgody Dyrektora lub osoby upoważnionej.

Szamotuły, dnia

.....
(czytelny podpis pracownika)



ZGODA NA UTRWALANIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

lub jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

wyrażam dobrowolną zgodę na utrwalanie, przetwarzanie oraz rozpowszechnianie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka* przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach.

Zgoda obejmuje utrwalanie wizerunku w postaci fotografii oraz materiałów audiowizualnych wykonanych podczas pobytu w SP ZOZ w Szamotułach, udziału w wydarzeniach, akcjach edukacyjnych, profilaktycznych, informacyjnych, promocyjnych oraz innych przedsięwzięciach związanych z działalnością SP ZOZ w Szamotułach.

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka*:

- ☐ na stronie internetowej SP ZOZ w Szamotułach,
- ☐ w materiałach informacyjnych, edukacyjnych i promocyjnych SP ZOZ w Szamotułach,
- ☐ w mediach społecznościowych prowadzonych przez SP ZOZ w Szamotułach, w szczególności na portalu Facebook,
- ☐ w prezentacjach i publikacjach związanych z działalnością SP ZOZ w Szamotułach.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach**, ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: **iod@szamotuly.med.pl**.
3. Dane osobowe w postaci wizerunku będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO w celu promocji, informowania o działalności oraz dokumentowania wydarzeń organizowanych przez SPZOZ w Szamotułach.
4. Odbiorcami danych mogą być podmioty świadczące usługi informatyczne, hostingowe, obsługujące media społecznościowe oraz osoby odwiedzające stronę internetową i profile społecznościowe Administratora.



5. Dane będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody lub ustania celu przetwarzania.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych,
 - b) sprostowania danych,
 - c) usunięcia danych,
 - d) ograniczenia przetwarzania,
 - e) cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
 - f) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
8. Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak brak zgody uniemożliwi publikację wizerunku.
9. Wizerunek może być publikowany w Internecie, w tym na portalu Facebook, co może wiązać się z jego dalszym rozpowszechnianiem przez inne osoby niezależnie od Administratora.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą informacją i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka* zgodnie z niniejszym dokumentem.

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
(w przypadku osoby małoletniej)