
ENGAGEMENT ET CONFIDENTIALITÉ PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Je soussigné(e) Monsieur/Madame _____,

Exerçant les fonctions de _____

au sein de la société (ci-après dénommée « la Société »), entant à ce titre amené(e) à accéder à des données à caractère personnel, déclare reconnaître la confidentialité desdites données.

Je m'engage par conséquent, à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles j'ai accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Je m'engage en particulier à :

- ☞ Ne pas utiliser les données auxquelles je peux accéder à des fins autres que celles prévues par mes attributions ;
- ☞ Ne divulguer ces données qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales;
- ☞ Ne faire aucune copie de ces données sauf si nécessaire à l'exécution de mes fonctions ;
- ☞ Prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;
- ☞ Prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données ;
- ☞ M'assurer, dans la limite de mes attributions, que seuls des moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;
- ☞ En cas de cessation de mes fonctions, restituer intégralement les données, fichiers informatiques et tout support d'information relatifs à ces données.

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de mes fonctions, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de mes fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

J'ai été informé(e) que toute violation du présent engagement m'expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la règlementation en vigueur, notamment au regard des articles 318 (1-b) du code pénal.

Fait à _____, le _____

NOM

SIGNATURE

novasos
Secure Digital Health Platform

Consultations Généralistes | Consultations Spécialistes | Counseling Online | Annuaire des Hôpitaux | Annuaire des Pharmacies | Annuaire des Laboratoires

 Prélèvements à domicile
@labo @résultats



Carnet digital santé
Télé médecine | @-santé
Prise de RDV en ligne



97 rue 1233 - Face entrée Supermarché CASINO - Bonapriso
N°RCCM: RC/DLA/2020/B/5593 - BP: 13019 DOUALA - CAMEROUN
+237 640 908 369 | 655 032 026 info@novasos.com