RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

lozère

ANNEXE 2 : ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE ET DE NON DIVULGATION

Je souligné (e), …… représentant de la personne morale ou physique désignée ci-après :

Nom :
Dénomination sociale :
Forme juridique :
Adresse :

Accepte et reconnais que tous les droits relatifs à l'INFORMATION qui m'est divulguée et communiquée dans le cadre de la reprise de l'autorisation de l'EHPAD « Les Trois Sources », par le biais des autorités de tarification et de contrôle, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil départemental, appartiennent en tant qu'entière et seule propriété de l'EHPAD « Les Trois Sources », **LE CONCEDANT**.

J'accepte de considérer **l'INFORMATION** comme confidentielle.

Je m'engage à ne pas divulguer **l'INFORMATION**.

Je reconnais que les données écrites sont et resteront la propriété du **CONCEDANT** et que de telles données écrites ne peuvent être copiées ou reproduites sans l'autorisation écrite expresse et préalable de ce dernier. Toutes les copies de telles données écrites devront être restituées dans les 8 jours suivant toute demande des autorités de tarification et de contrôle.

Je m'engage à apporter à **l'INFORMATION** tous les soins nécessaires et au minimum ceux appliqués à mes propres informations ayant une importance équivalente, de manière à éviter une publication, une divulgation non-autorisée de l'INFORMATION, ou un usage de celle-ci autre que le cadre de la reprise de l'EHPAD.

Je m'engage, dans l'hypothèse où il s'avère indispensable de divulguer à des tiers l'information ou une partie de l'information, à demander au **CONCEDANT** une autorisation écrite préalable mentionnant les Tiers concernés et l'information à divulguer.

Une information ne bénéficie pas de la protection conférée par le présent **« ENGAGEMENT »** si à la date de celui-ci, cette information était déjà :

- Obtenue par le Bénéficiaire d'une partie Tiers, licitement est sans restriction.
- Disponible publiquement autrement que du fait de la faute ou de la négligence du Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire s'engage à informer l'ARS et le Conseil départemental sans délai et par écrit de tout événement pouvant survenir selon les dispositions du présent paragraphe.

Si une quelconque partie de l'information tombe dans une des exceptions mentionnées ci-dessus, l'information restante continuera à bénéficier de la protection du présent Engagement.

La communication de l'Information par l'ARS et le Conseil départemental au Bénéficiaire n'implique aucun droit de cession de quelconque droit de Propriété Intellectuelle, ou de cession d'office de l'autorisation d'exploitation de l'EHPAD « Les Trois Sources ».

Cet engagement de confidentialité reste en vigueur pendant toute la durée de recherche d'un repreneur de l'établissement effectif, sans limitation de durée après la fin du transfert d'autorisation, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère confidentiel.

Cet engagement s'applique au bénéficiaire susmentionné et à ses partenaires directement ou indirectement, impliqués dans la démarche de recherche d'un nouveau gestionnaire.

Cet engagement doit être interprété et appliqué selon les lois et les réglementations françaises. Tout litige concernant cet Engagement, sans règlement préalable à l'amiable sera porté devant les juridictions compétentes.

Nb : L'accord de confidentialité une fois signé, prévaut sur toute clause de conditions générales.

Fait à ……, le ……

Nom :

Signature :