מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

נספח ב' מכרז 10003350

דרישות מחשוב והגנת הסייבר להכנסת מכשיר אנליטי לרשת שיבא

מספר מכרז: _____ תאריך: _____

מהות המכשיר:_____ שם היצרן: _____

דגם המכשיר :_____ שם הספק: _____

שם ממלא הטופס :_____ סלולרי: _____

מייל ממלא הטופס: _____@_____

דרישות סף:

- סעיפים עם כוכבית (*) – יש לסמן "מקובל" בנספח.
- מערכות הפעלה נמצאות בתמיכת יצרן מערכות ההפעלה.
- מערכות הפעלה מקבלות עדכוני אבטחה באופן שוטף בהתאם למדיניות הארגון.
- מכשיר/מחשב שיוגדר ע"י הספק כ Stand Alone מחויב לקבל אישור ע"י המחלקה/מכון/הנדסה/סדנא ויצורף לנספח מחשוב זה.
- מחשב/מכשיר/בקר שהוגדר כ Stand Alone אינו יורשה להעביר נתונים לרשת בית החולים, למערכות שונות, אחסון וכדומה.

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד , 5265601 ישראל

<u>תקציר קישוריות:</u>

1. על-מנת להבטיח את הקשר המיטבי בין המערכת המוצעת ובין מערכות המידע של שיבא, יבוא המציע בדברים עם בית התוכנה המתאים (ר' להלן), ויגיש כחלק מהמענה למכרז, אישור בחתימת בית התוכנה, המעיד על תאימות המוצר המוצע לתוכנה בשיבא שתקבל ממנו נתונים. האישור יבהיר אם מדובר בתאימות בעלת ניסיון מוכח או רק בעמידה בסטנדרטים שיאפשרו ליצור ממשק חדש.
   1.1. למכשירי דימות – מחברת אלגוטק
   1.2. למכשירי מעבדה – מחברת סופטוב
   1.3. למכשירי ניטור ומדידה המתחברים לגוף המטופל – מוניטורים, מכשירי הנשמה/הרדמה, מנטרי מדדים וסימנים חיוניים וכו' – מחברת ימדסופט ומחברת אלעד פתרונות.

   מכל מקום, הזכייה במכרז תותנה בהוכחה בפועל של תאימות זו.
   מכל מקום, הממשקים האמורים במלואם יהיו כלולים בהצעת המחיר של הספק.

2. המציע יפרט את הממשקים שיספק בין המוצר המוצע ובין מערכות המידע של שיבא, לרבות:
   2.1. קליטת נתוני מטופלים ממערכות שיבא
   2.2. העברת נתונים מן המערכת המוצעת אל מערכות שיבא.
   2.3. המציע יפרט:
   - סטנדרטים
   - פורמטים
   - פירוט המידע שעובר ואופן העברתו
   - הטריגר להעברת המידע
   - יכולת עצמית לזיהוי מטופל
   - יכולת התחברות ל-ACTIVE DIRECTORY
   - אגירת מידע מקומית והתנהלות ללא תקשורת
   - יכולת העברת נתונים למערכות BI ול-DATA LAKE (בנוסף להעברה לתוכנה הרלוונטית מסעיף 1)
   - תנאים ומגבלות
   - בתי חולים שבהם פועלים הממשקים המוצעים
   - כל מידע רלוונטי נוסף הנוגע לממשקים.

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד , 5265601 ישראל

נספח מכשיר אנליטי:

נא להקיף בעיגול:

- **מחובר** - לרשת בית החולים | Stand Alone | למחשב ייעודי
- **שומר נתונים** - מקומית בלבד | באחסון מרכזי | לא שומר
- **בשימוש** – משקי | מעבדתי | טיפולי/דיאגנוסטי | להתנסות זמנית
- **גישה למכשיר לצורכי תחזוקה וטיפול** – מהארץ | חו"ל | אין צורך

1. יש לציין את מערכת ההפעלה: _____
1.1. גרסת מערכת הפעלה: _____
1.2. גרסת Firmware/Software/Kernel: _____
1.3. סוג מערכת הפעלה כגון (Pro/Embedded) : _____
1.4. יש לציין איזה Service Pack/Patch מותקן: _____
1.5. במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____

סמן **x** בכל משבצת בטבלה , דוגמא -

מקובל	לא מקובל
x	

מס"ד		מקובל	לא מקובל
2	שם משתמש וסיסמא בעלי הרשאת גישה של Administrator יועברו ליחידת המחשב ע"מ לבצע תחזוקה שוטפת.		
3	לא יותקן מודם שיקשר את המכשיר, במידה ומותקן מודם הוא יוסר לפני חיבור לרשת שיבא – באחריות הספק, במידה ויש צורך במודם לתפעול השוטף של המערכת יש לפנות למנהל התפעול.		
4	כל נושא החיבורים מרחוק יבוצע דרך יחידת המחשב בלבד ללא תוכנות צד שלישי.		
5	האם קיימים במכשיר/בקר יותר מכרטיס רשת אחד, אם כן ציינו כמה ולאיזה צורך_____		
*6	כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב.		
7	שינוי שם מחשב על פי כללי מרכז הרפואי שיבא		
8	האם ניתן להוסיף משתמש מדומיין שיבא אשר יוקם לטובת המערכת ויבצע Login למכשיר, במקרה ולא ניתן – יש להקים מקומי ולבטל את המשתמש ברירת מחדל		

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 ישראל

<u>נספח מחשב המחובר למכשיר/בקר ו/או לרשת בית החולים</u>

<u>(ימולא עבור מערכות שמחשב והבקר לא יחידה אחת):</u>

נא להקיף בעיגול:

- **מחובר** - לרשת בית החולים | Stand Alone | למכשיר ייעודי
- **שומר נתונים** - מקומית בלבד | באחסון מרכזי | לא שומר
- **בשימוש** – משקי | מעבדתי | טיפולי/דיאגנוסטי | להתנסות זמנית
- **גישה למכשיר/בקר לצורכי תחזוקה וטיפול** – מהארץ | חו"ל | אין צורך

1. יש לציין את מערכת ההפעלה: _____
1.1. גרסת מערכת הפעלה: _____
1.2. גרסת Firmware/Software/Kernel: _____
1.3. סוג מערכת הפעלה כגון(Pro/Embedded) : _____
1.4. יש לציין איזה Service Pack/Patch מותקן: _____
1.5. במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____

מקובל	לא מקובל
x	

סמן **x** בכל משבצת בטבלה , דוגמא -

מס"ד		מקובל	לא מקובל
2	שם משתמש וסיסמא בעלי הרשאת גישה של Administrator יועברו ליחידת המחשב ע"מ לבצע תחזוקה שוטפת.		
3	לא יותקן מודם בתחנה, במידה ומותקן מודם הוא יוסר לפני חיבור לרשת שיבא – באחריות הספק, במידה ויש צורך במודם לתפעול השוטף של המערכת יש לפנות למנהל אבטחת מידע הארגוני.		
4	כל נושא החיבורים מרחוק יבוצע דרך יחידת המחשב בלבד ללא תוכנות צד שלישי.		
5	האם קיימים במחשב יותר מכרטיס רשת אחד, אם כן ציינו כמה ולאיזה צורך_____		
6	כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב.		
7	שינוי שם מחשב על פי כללי מרכז הרפואי שיבא		
8	האם ניתן להוסיף משתמש מדומיין שיבא אשר יוקם לטובת המערכת ויבצע Login למחשב		

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 ישראל

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

נספח סיסטם ושרתים:

1. יש לציין את גרסת מערכת ההפעלה: _____
   1.1. סוג מערכת הפעלה כגון: (Pro/STD): _____
   1.2. יש לציין איזה Service Pack מותקן: _____
   1.3. במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____
   1.4. נא לציין גרסת IIS/Apache במידה ומותקן: _____

מקובל	לא מקובל
x	

סמן **x** בכל משבצת בטבלה , דוגמא -

מס"ד			מקובל	לא מקובל
2	השרת יותקן וירטואלית תחת VMWARE ESX .			
3	מערכת הפעלה תותקן במרכז הרפואי ע"י הצוות של יחידת המחשב(ביחד עם הספק)			
4	במידה ויידרש מערך אחסון גדול לארכיון השטח יסופק בתצורת NAS , חובה תמיכה בפרוטוקול CIFS **יש לציין את הפרטים הבאים:** 1. גודל השטח שבועי: _____ GB 2. גודל שטח חודשי: _____ GB 3. גודל שטח שנתי: _____ GB			
5	תמיכה ברישיון תוכנתי ולא דרך דונגל פיסי .			
6	תמיכה בעבודה מול האחסון ב Multi Share			
7	במידה והמערכת עובדת מול בסיס נתונים, על הספק לתמוך ב SQL 2016.			
8	האפליקציה מחויבת לעבוד רק עם Service ולא עם User Logon .			
9*	השרת יותקן עם מערכת הגנה XDR הקיים בארגון (Sentinel One) ויתעדכן באופן שוטף משרתי ביה"ח.			
10	כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב.			

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

קישוריות:

מס"ד		מקובל	לא מקובל
1	המערכת חייבת לספק ולתמוך באפשרויות הקישור הבאות (עלויות החיבור תהיינה על הספק): a) העברת נתונים למערכות קיימות (מערכות בקרה של סדנה/הנדסה) בהתאם לסטנדרטים מקובלים		
2	הקישוריות אמורה להיות ניתנת לשינוי ולהתאמה בהתאם לדרישות המרכז הרפואי ולממשקים הקיימים		
3	כל המשתמע מביצוע הממשקים למערכות שיבא הינו באחריות החברה ובטיפולה הבלעדי מול ספקיות התוכנה לרבות אפיון הממשקים, פיתוחים הנדרשים מכל הצדדים וההוצאות הכספיות בגין העבודה הנדרשת משני הצדדים. במסגרת אפיון הממשקים החברה תתחייב לחשוף את הפרוטוקול איתו היא עובדת.		
4	המכשיר האנליטי יחובר ישירות לרשת ביה"ח באמצעות כרטיס רשת (העדפה ל- POE) .		
5	במידה והפתרון יושם ע"י החברה באתר אחר, על הספק לפרט לגבי ההטמעה של המערכת וכן על אופן הקישוריות כפי שבוצע.		
6	על הספק לספק מחשב/שרת Gateway על מנת לחבר את הבקר לרשת בית החולים. **רכיבים כגון: קפסולות, DIGI, לנטרוניקס לא מאושרים בבית חולים.**		
7	האם מידע מועבר למערכת ממוחשבת?	כן	לא
8	במידה ומידע מועבר למערכת ממוחשבת יש לציין לאיזו מערכת (לדוגמא: בקרת מיזוג, בקרת חשמל וכו' ...) _____	***	***

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 , ישראל

נספח הגנת הסייבר:

מס"ד		מקובל	לא מקובל
*1	התווך לממשק הניהול של המכשיר האנליטי יהיה מוצפן (על פי תקן מקובל)		
2	כל סיסמאות ברירת המחדל (של היצרן) ישונו בתשתיות ובאפליקציות		
*3	הסיסמאות הנמצאות במכשיר אנליטי לא יהיו ב (Clear Text רק בצורה מוצפנת.)		
4	ממשק הניהול יהיה מאובטח עם סיסמא מורכבת.		
5	אם מופעל Firewall מקומי? האם ניתן לבטלו? (הקיפו בעיגול ◯ את התשובה)	כן	לא
6	במידה ולא ניתן לבטל Firewall מקומי. יש לבצע כללים (Rules) ב Firewall על פי הנחיית גורם אבטחת מידע בשיבא בזמן הטמעת המוצר.		
*7	המכשיר האנליטי יוגדר עם כתובות IP בוילן (VLAN) ייעודי ברשת בית החולים (מאחורי Firewall ארגוני) שצוות הגנת הסייבר יספק.		
8	אלו Ports (TCP/UDP) המערכת משתמשת: _____		
*9	מכשיר אנליטי/מחשב/שרת שיסופק, יותקן עליו מערכת הגנה XDR של חברת Sentinel One הקיים בארגון ע"י נציגי בית החולים. התמיכה תהיה למערכות הפעלה Windows, Linux, Unix, MAC OS בתמיכת היצרן העדכונים היומיים של האנטי וירוס יבוצעו ע"י שרת הארגוני. א.) יש לציין החרגות במידת הצורך _____		
*10	במידה וסעיף 9 "לא מקובל" על היצרן להתקין תוכנת Application Control (**White List**) המאשרת הפעלת קבצים לפי HASH או לפי Certificate. **<u>יש לציין את הפרטים הבאים:</u>** שם המערכת: _____ גרסה: _____ • ההגנה תוגדר על כל הכוננים הקיימים הכולל חסימה על Disk on key • המוצר ייבדק ע"י נציג צוות הגנת הסייבר (שיבא) ונציג הספק/יצרן. • יש לספק מהיצרן סיסמה למערכת ורשימת הקבצים המוחרגת.		
11	המכשיר יותקן עם הגבלת רכיבים נתיקים (כגון יציאת USB ו CD). שדרוגים למערכת/תוכנה ו/או *למכשיר* יתואמו מראש עם יחידת המחשב לצורכי הלבנת מדיה נתיקה (כגון: Disk on key , דיסק נייד, CD וכו'...).		

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 , ישראל

<u>המשך נספח הגנת הסייבר:</u>

מס"ד		מקובל	לא מקובל
12	כל פורט נוסף אשר אינו משמש לתקשורת והפעלת המכשיר האנליטי באופן קבוע ייחסם ע"י הספק ברמת מערכת הפעלה או ברמה פיסית.		
13	אין לחבר מתג, ראוטר, HUB וכל רכיב תקשורת אחר למכשיר/מחשב/שרת ו/או לרשת בית החולים.		
*14	ביטול כל תכנה צד ג' של שליטה מרחוק (לדוגמא: TeamViewer , VNC וכו'...) , ניתן להשתמש בתוכנות פנימיות של ביה"ח משרת ספקים למכשיר הרפואי.		
*15	התחברות למרכז הרפואי שיבא תל השומר תתבצע ע"י מערכת SSL VPN עם אימות דו שלבי ואישור רפרנט מטעם שיבא	כן	לא
*16	במידה ותמצא ע"י יחידת המחשב חשיפה/חולשה קריטית המכשיר האנליטי , מחשב ו/או בשרת המחובר אליו. על הספק/יצרן לדאוג לחסום זאת במידי.		
17	הכנסת המכשיר/מחשב לדומיין ארגוני (כולל משתמש דומייני במצב לוגין)		
18	מיפוי כונן רשת לאחסון ארגוני (Storage) מחייב את סעיף 16 (הכנסת המכשיר/מחשב לדומיין הארגוני)		
*19	על הספק לחתום על טופס סודיות בנספח "סודיות"		
20	המחשב/שרת יקבל עדכוני אבטחה של מיקרוסופט באופן שוטף.		
21	האם בוצע לבקר/ציוד iOT מבדק חדירה או סקר סיכונים ב 18 חודשים האחרונים?		
22	במידה ובוצע מבדק חדירה ו/או סקר סיכונים, האם ניתן לספק סיכום ממצאים לגורמי הסייבר במרכז הרפואי שיבא		
23	תמיכה מול שרתי NTP הארגוני – יתרון		
24	מסמך הגדרות של היצרן הכולל התקנה מפורטת של ה – Certificates יתרון		
25	האם יש מערכת שמאפסת הגדרות לאחר אתחול?	כן	לא

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 ישראל

<u>המשך נספח אבטחת מידע, הגנת הסייבר ופרטיות:</u>

מס"ד		מקובל	לא מקובל
26	האם המכשיר עומד בתקינה כגון: HIPAA / ISO 27799	כן	לא
*27	המכשיר האנליטי יהיה ללא גישה לרשת האינטרנט	כן	לא
28	האם יש רישום לוגים המכשיר האנליטי ? נא לציין היכן נרשמים הלוגים ומה סוגי הלוגים: _____ _____	כן	לא
29	האם ליצרן יש הרשאת אדמין על המכשיר האנליטי על מנת לבצע שינויים בבקר	כן	לא
30	האם לספק יש הרשאת אדמין על המכשיר האנליטי על מנת לבצע שינויים בבקר	כן	לא
*31	בחתימה על הסכם זה, הספק מתחייב לעמוד בכל דרישות אבטחת מידע וסייבר על פי המדיניות שתקבע ע"י מרכז הרפואי שיבא והממונה על אבטחת המידע תתעדכן מעת לעת	כן	לא

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד 5265601 ישראל

נספח תקשורת ורשת אלחוטית:

מס"ד		מקובל	לא מקובל
*1	חיבור לרשתות אלחוטיות על פי תקן (הקיפו בעיגול ◯ את התקן הקיים אצלכם) א. 802.11ac (wave2) ב. 802.11n		
*2	יכולת התקנת תעודת אבטחה (User Certificate/Computer Certificate) בעדיפות ל- Computer Certificate As per hospital policy we allow wireless access to internal network with 802.1x (based on certificates only). Encryption – WPA2-AES (WPA2 with AES encryption and dynamic keys using 802.1x via Transport Layer Security (**TLS**)). Support cryptographic hash function (Secure Hash Algorithm 2) **SHA2**.		
3	ניהול מרחוק (הטמעה ועדכון תעודות הצפנה ושינוי הגדרות)		
4	חסימת גישה בBluetooth		
5	תמיכה בשרתי NTP הארגוני – יתרון		
6	עדכון/חידוש תעודות Certificate באופן אוטומטי – יתרון		
7	האם מופעל שידור במולטיקאסט (רב-נתיב)	כן	לא
8	אישור כרטיס ה WIFI מותנה בבדיקה פיזית במרכז הרפואי שיבא		

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד , 5265601 ישראל

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

נספח סודיות:

התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים-ספק

תאריך : ___/___/_____

לכבוד

המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

==========

א.ג.נ

הנדון: התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים

הואיל המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר (להלן "שיבא") מעוניין לקבל שירותים בנושא _____ עבור יחידת המחשב בשיבא (להלן: "השירותים");

והואיל והמציע_____ (להלן: "המציע) מעוניין להעניק שירותים אלו.

והואיל ושיבא התנה את התקשרות שני הצדדים בתנאי שהמציע והבאים מטעמו ישמרו על סודיות כל המידע כהגדרתו להלן, וכן על סמך התחייבות המציע לעשות את כל הדרוש לשמירת סודיות המידע;

והואיל והוסבר לי כי במהלך עיסוקי במתן השירותים לשיבא ו/או בקשר אליהם יתכן כי אעסוק ו/או אקבל לחזקתי ו/או יבוא לידיעתי מידע מסוגים שונים, שאינו מצוי בידיעת כלל הציבור, בין בעל פה ובין בכתב, בין ישיר ובין עקיף, השייך למזמין ו/או הנודע למזמין ו/או לפעילויותיו בכל צורה ואופן, לרבות אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, נתונים, מסמכים ודו"חות (להלן: "המידע");

והואיל והוסבר לי וידוע לי כי גילוי המידע בכל צורה שהיא לכל אדם או גוף מלבדכם, עלול לגרום לכם ו/או לצדדים שלישיים נזק , והוא עלול להוות עבירה פלילית;

אי לזאת, אני הח"מ מתחייב כלפיכם כדלקמן:

1. לשמור על סודיות גמורה ומוחלטת של המידע ו/או כל הקשור והנובע מן השירותים או ביצועם ובפרט מידע הרפואי.
2. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת מתן השירותים לשיבא או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כלשהוא.
3. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, מידע סודי לא יכלול מידע שהינו נחלת הכלל או שהפך להיות נחלת הכלל ללא הפרת חובת הסודיות ו/או מידע שחובה לגלותו על פי כל דין או צו של רשות מוסמכת ו/או מידע שפותח באופן עצמאי ללא תלות במידע הסודי ו/או מידע שהתקבל בידי המציע מצד ג' כדין ללא הפרת חובת סודיות.

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד , 5265601 ישראל

4. לנקוט אמצעי זהירות קפדניים ולעשות את כל הדרוש מבחינה בטיחותית, ביטחונית, נוהלית או אחרת כדי לקיים את התחייבויותיי על פי התחייבות זו.
5. להביא לידיעת עובדי ו/או מי מטעמי חובה זו של שמירת סודיות ואת העונש על אי מילוי החובה.
6. להיות אחראי כלפיכם על פי כל דין לכל נזק או פגיעה או הוצאה או תוצאה מכל סוג, אשר יגרמו לכם או לצד שלישי כל שהוא כתוצאה מהפרת התחייבותי זו, וזאת בין אם אהיה אחראי לבדי בגין כל האמור ובין אם אהיה אחראי ביחד עם אחרים.
7. להחזיר לידיכם ולחזקתכם מיד כשאתבקש לכך כל חומר כתוב או אחר או חפץ שקיבלתי מכם או השייך לכם שהגיע לחזקתי או לידי עקב מתן השירותים או שקיבלתי מכל אדם או גוף עקב מתן השירותים או חומר שהכנתי עבורכם. כמו כן, הנני מתחייב לא לשמור אצלי עותק כל שהוא של חומר כאמור או של מידע.
8. שלא לעסוק בכל דרך שהיא בעיסוק שיגרום לי להיות במצב של ניגוד עניינים עם עיסוקי במתן השירותים כאמור לעיל.
9. בכל מקרה שאגלה מידע כאמור השייך לכם ו/או הנמצא ברשותכם ו/או הקשור לפעילויותיכם , תהיה לכם זכות תביעה נפרדת ועצמאית כלפי בגין הפרת חובת הסודיות שלעיל.

הנני מצהיר כי ידוע לי ששימוש במידע שיגיע לידי במהלך ביצוע העבודה ומסירתו לאחר מהווים עבירה על פי חוק עונשין, התשל"ז - 1997 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א- 1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, לרבות חוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996.

10. התחייבותי זו לא תפורש כיוצרת קשר אישי מכל סוג שהוא ביני לבניכם.
11. יש למלא פרטי נציג אבטחת מידע של החברה:
    - 11.1. שם מלא נציג אבטחת מידע מהחברה: _____
    - 11.2. מייל הנציג: _____
    - 11.3. מספר סלולרי הנציג: _____

ולראיה באתי על החתום - <u>התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים</u>

היום:

_____

יום בחודש שנת

המציע:

_____

שם פרטי ומשפחה ת"ז

_____

כתובת חתימה

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר ,מיקוד , 5265601 ישראל

טופס הצהרה על שמירת סודיות -עובד של ספק

אני החתום מטה: (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז: _____

העובד ומועסק אצל _____ (שם המעסיק) , **מתחייב בזאת**:

1. לשמור בסוד ולא להעביר, לא להודיע, לא למסור ו/או לא להביא לידיעת כל אדם, כל ידיעה וכל מידע רגיש ו/או אישי ו/או חסוי לרבות תכנים וחומר בכתב ובעל פה, אשר יגיעו לידיעתי בתקופת עבודתי מטעם _____ (שם המעסיק) הנותן שירותים למרכז הרפואי שיבא תל השומר, בתקופת עבודתי כאמור, או לאחר מכן.
2. התחייבותי זו חלה לגבי כל סוגי המידע, בין אם יגיעו לידיעתי בתוקף עבודתי כאמור ובין אם יגיעו לידיעתי בכל דרך אחרת.
3. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת מתן השירותים לשיבא או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כל שהוא, לרבות מידע אודות הנבדקים.
4. כמו כן, אני מתחייב כי אם אקבל רשות להשתמש במאגרי המידע של שיבא, אעשה זאת אך ורק לצורך מתן השירותים לשיבא, ובהסכמה מפורשת בכתב מטעם שיבא. אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות והוראות כל חוק הנוגע לעניין.
5. אני מתחייב להתחבר ממחשב השייך לחברה שבה אני עובד ומוגן עם אנטי וירוס מעודכן, לא להוריד מידע ששייך לשיבא למחשבי החברה, אמצעים נתיקים ו/או מחשבים ניידים אלא בכפוף לאישור בכתב מאת ממונה אבטחת המידע של שיבא,
6. אין להעביר את אמצעי הזיהוי החכם שקבלתי משיבא לכל אדם אחר ולא לגלות לאף גורם את הקוד האישי (PIN) המשויך לאמצעי הזיהוי, יש להודיע מידית על אובדן אמצעי הזיהוי או חשיפת הקוד למנהל אבטחת המידע של שיבא.

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

7. עם סיום עבודתי אצל הספק או עם סיום הצורך בגישה מרחוק מתוקף תפקידי אני מתחייב להודיע על כך למנהל אבטחת המידע של שיבא

8. אני מצהיר בזה שידוע לי, כי אי מילוי התחייבויותיי הנ"ל מהווה עבירה פלילית מכוח חוק העונשין, התשל"ז - 1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, לרבות חוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996 וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבויותיי.

9. מספר הסלולרי שאליו אקבל את הקוד: _____

10. דוא"ל ארגוני של העובד: _____

_____ _____

תאריך חתימת המצהיר

<u>יצירת קשר:</u>

<u>יש לקבל אישור בכתב מהרשומים מטה לנספח זה. ללא אישור זה, הנספח אינו מאושר</u>

***לכל שאלה/הבהרה ניתן לפנות במייל: IoMTCS@sheba.health.gov.il**

רומן קורוביצין 054-3358913 רועי פייגל: 052-5222899 רומן רטמן: 054-6975739

ויק מסיקה: 052-5421827

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

APPENDIX: Demands for computer and Cyber Security to connect analytical devices into the Sheba network and/or to receive data from analytical devices

Tender no._____ Date:____/___/_____

Device Name: _____ Manufacturer name: _____
Device model: _____ Supplier Representative name: _____
Supplier Name: _____ Cellphone number: _____

Supplier Email:_____@_____

Mandatory requirements:

1. Paragraphs appointed with an asterisk (*) must be Marked as "Acceptable" in the Appendix.
2. The operating system and cyber security system (for example EDR) **manufacturer supports**.
3. Operating systems receive security updates following the organization policy.
4. Device\ Computer system, which declared by Supplier as **standalone**, obliged to be approved by the Department\Institute\Clinic acquiring the Device\ Computer system and Medical Engineering department. The approval will be attached to this document.
5. Standalone Device\ Computer system will not be allowed to transfer data to Hospital network, Clinical systems, storage and so on.

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

Connectivity summary

1. To ensure effective and functional connectivity between Proposed System and information systems in Sheba network, it's crucial that a Supplier of Proposed System will contact and cooperate with that Sheba information systems leaders, prior to attending the Tender and naturally, include the projection in Tender proposition. Validation and signed positive answer from the Sheba information systems leaders will clarify whether it is full and proved compliance or accepted standard, that will require a development of a new interface for information exchange.
   - Receiving a contract for a Tender will depend on physical proof of the compliance.
   - Whether a development of a new interface needed, this development will be evaluated and included in bid proposition.

2. The Supplier of Proposed System will elaborate on interfaces, that will be provided, including:
   a. Standards
   b. Formats
   c. Details about information passing through the device and a manner of transition
   d. How transition of information is triggered
   e. Self-ability of recognizing patient identity
   f. Ability to connect to AD
   g. Local accumulation of produced data and general behavior due to lack of network communication
   h. Ability to transfer data to Data Lake and BI systems (as an addition to transition in section 1)
   i. Terms and limitations
   j. Medical centers with operational interfaces in question
   k. Any relevant information, regarding interfaces in question

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

Analytical Device:

Please circle the applicable:

* **Connection**: to Hospital network | standalone | to specific PC
* **Medical record storage**: locally | central DB | medical record system | not recording
* **System definition:** logistics | LAB | treatment\diagnostics |POC
* **Maintenance access:** Israel | abroad | not applicable

1. Name and type of the Operating System: _____

   (a) Operating system version: _____
   (b) Type of the OS (Pro\Embedded or other): _____
   (c) Service Pack/Patch: _____
   (d) Whether system is WIN 7 please provide date of expiration for Microsoft support___/_____/_____
   (e) please specify OPENSSL version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2.	Username and password for OS with Administrative rights access will be handed to the Computer Unit.		
3	The device won't be connected through independent modem, if a modem is installed it will be removed before joining Analytical device to the Sheba network – this is a responsibility of the supplier. Whether an maintenance of the system won't be possible, without modem installed, the organizational CISO must be contacted for approval.		
4	Each issue regarding remote connection will be executed only by the Computer Unit without third-party software. The supplier have to sign a non-disclosure agreement provided by the Information Security staff.		
5	Analytical Device with more than one network card won't be allowed into Sheba network.		
6*	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff.		
7	Device network name must be altered in accordance to organizational convention		
8	For security reasons – login to the device should be with domain and not local user, please mention, whether it can be implemented.		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

Computer connected to Analytical Device (fill according to relevance):

Please circle the applicable:

* **Connection**: to Hospital network | standalone | to specific PC
* **Medical record storage**: locally | central DB | medical record system
* **System definition:** logistics | LAB | treatment\diagnostics |POC
* **Maintenance access:** Israel | abroad | not applicable

1. Name of the Operating System: _____

   (a) Type of Operating system version: _____
   (b) Type of the OS (Pro\Embedded or other): _____
   (c) Service Pack/Patch: _____
   (d) Whether system is WIN 7 please provide date of expiration for Microsoft support___/_____/_____
   (e) please specify OPENSSL version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2.	Username and password for OS with Administrative rights access will be handed to the Computer Unit.		
3	The computer won't be connected through independent modem, if a modem is installed it will be removed before joining Analytical device to the Sheba network – this is a responsibility of the supplier. Whether an maintenance of the system won't be possible, without modem installed, the organizational CISO must be contacted for		
4	Each issue regarding remote connection will be executed only by the Computer Unit without third-party software. The supplier have to sign a non-disclosure agreement provided by the Information Security staff.		
5	Analytical Device with more than one network card won't be allowed into Sheba network.		
6*	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff.		
7	Computer network name must be altered in accordance to organizational convention		
8	For security reasons – login to the computer should be with domain and not local user, please mention, whether it can be implemented.		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

SERVER:

1. Name and type of the Operating System: _____

   a) Version: _____

   b) Service Pack: _____

   c) OPENSSL version: _____

   d) IIS/Apache version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2	The server will be virtually installed under VMWARE ESX.		
3	An operating system will be installed in the medical center by the Computer Unit staff (accompanied by the supplier).		
4	If a large storage arrangement required for the archives, the area will be provided by NAS configuration, and CIFS protocol must be supported on the system. • **Please provide following details:** a. Required daily size:_____GB b. Required monthly size:_____GB c. Required annual size:_____GB		
5	Multi Share must be supported connecting to Storage		
6	Software license support and not through Dongle PC.		
7	In case that the system works with DATABASE, the supplier has to support SQL 2016 as basic criteria.		
8	The application is obligated to work only with Service and not with User Logon.		
9*	McAfee EPO and antivirus configured in Sheba Medical Center will be installed on the Server and will receive regular updates, as per Sheba Medical Center policy.		
10	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

CONNECTIVITY:

nub		Acceptable	Unacceptable
1	The system has to supply and support the following link options (supplier will bare the cost of the connection): a. The transfer of data to an existing system (for example – medical files) in accordance with the required standards (Dicom, PDF, txt, HL7, XML in X-rays etc) b. b. Receiving data from existing systems and loading it (for example – demographic data) in two possible ways: i. Receiving a file from an operative system for example a demographic data file. ii. ii. Using Web Service for the purpose of receiving demographic data from the operative system.		
2	The transfer of data must support a full and frequent transfer (at a rate of at least an item of data for a minute) of the parameters defined as obligatory, according to the medical staff.		
3	The connectivity should be modifiable and adjustable according to demands of the Medical Center and suitable to existing interfaces.		
4	The Analytical Device will be connected to Medical Center network using standard RJ-45 network connection (preference to Device that has POE ability)		
5	All the connections and execution of scripts and commands, that interacts with interfaces to the Sheba network is the responsibility of the company and its exclusive handling with the software providers including the specification of the interfaces, development required from all sides (including the medical file suppliers, such as iMDsoft and ELAD Systems) and the financial costs for development required from both sides. While conducting characterization of interfaces, the company is obligated to expose the protocol which used for operation.		
6	In case that the solution is implemented by the company on another site, the supplier have to elaborate regarding the implementation of the system and about the manner in which the connectivity was executed.		
7	Supplier must provide PC\Server "Gateway" to perpetuate proper connection to Hospital network and its systems. **Components, like: capsules, DIGI or Lantronix are not allowed!**		
8	Information transferred to MRS (medical record system)		
9	Elaboration to which MRS the Analytical device will upload data (PACS, RIS, EMR, etc.):	***	***

- Please mention, whether use of Sheba Medical Center Storage needed:

  _____

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

APPENDIX OF CYBER SECURITY FOR ANALYTICAL DEVICES

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
1*	The mediation of the management interface to, or from the analytical device will be encoded (according to the acceptable standard).		
2	All the default credentials (manufacturer based) existing upon access to infrastructure and to software, must be altered .		
3*	Passwords stored on Analytical Device must be encrypted (not in clear text)		
4	The management interface will be secured with a complex password (Cap. Letter, symbol, number- must have two factors out of three).		
5	Is there a local firewall on Analytical Device? (Choose the right answer)	**Yes**	**No**
6	If Question number five was answered "Yes", Is it possible to cancel the firewall? (Choose the right answer)	**Yes**	**No**
7*	As a default the system will be installed in Hospital secured environment protected (Dedicated VLAN) by Hospital firewall and IP will be provided by Hospital Cyber Team.		
8	List of ports (TCP/UDP) the Analytical Device is using**:** _____	**********	
9*	On the device\PC must be installed an anti-virus/EDR existing in the organization: For Windows, Linux, MAC OS - **McAfee ENS, EDR edition.** Anti-Virus will receive regular updates, as per Sheba Medical Center policy. If the device\PC demands anti-virus exclusions, a document or a list of such need to be provided by the Integrator\Manufacturer.		
10*	In case paragraph 9 is not acceptable, manufacturer obliged to provide installation of third party White Listing\Application Control software, which filter allowed software by **HASH** or **Certificate**. Application control software manufacturer: _____ Application control system version: _____ • The software will be tested on site by Cyber team member, accompanied by Supplier\Manufacturer representative • Password for the software will be provided upfront, so the whitelisted software will be approved and recorded.		
11	The Analytical Device will be configured with all external sockets and ports disabled as a default (such as USB and CD\DVD drive), Hospital Device Controller system will limit the connection.		
12	Each port, which is not regularly used for communication and activating the device, will be blocked by the supplier on OS or physically.		
13	Connection of layer 2 or 3 network devices (router, switch, etc.) explicitly prohibited		
14*	Third party remote connections such as TeamViewer, VNC and so on, will not be allowed and uninstalled, as per Hospital Information Security Policy, internal remote assistance can be achieved by Hospital software from Vendors server to Analytical device.		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

15*	Connection to Sheba Medical Center (SMC) for maintenance, support or all other purposes, will be obtained by SMC SSL VPN systems, thru two factor authentication and Manager Approval automated procedure.		
16*	It is responsibility of manufacturer/supplier to fix or migrate critical vulnerabilities announced or discovered on equipment provided.		
17	Joining the device/computer/system into a Hospital domain will provide a stronger level of security, this will be considered by the Supplier		
18*	Sending files to internal Medical Center storage depends on paragraph 16 (joint to domain)		
19*	A standard NDA conducted by Sheba Medical center will be signed by the Supplier		
20	Assuming, that the decision was to join the device/computer/system into a Hospital domain regular security updates of Microsoft from Hospital MS servers will be considered as an advantage		
21	Penetration test or Risk Analysis review has been conducted in last 18 months?		
22	If one of the above in paragraph 21 occurred, please provide necessary documentation that includes summary.		
23	NTP services from Hospital NTP servers will be considered as an advantage		
24	Specification document from the device/computer/system manufacturer including detailed installation of the Certificates and Anti-Virus exclusions, will be prepared by the Supplier, assuming that Manufacturer prepared those documents		
25	The Analytical Device system have physical or software setting that wipes out changes, made to the system, after it restarts.	YES	NO
26	Please mention whether Analytical device is in compliance with HIPAA /ISO 27799 standard or any other regulation_____	YES	NO
27*	Analytic Device will not be allowed to access World Wide Web	YES	NO
28	Logs collection executes on the Analytic Device. If so, please provide path to logs_____	YES	NO
29	Manufacturer have elevated credentials of Admin to perform changes on Analytic device	YES	NO
30	Supplier have elevated credentials of Admin to perform changes on Analytic device	YES	NO
31*	By signing this document Supplier\Manufacturer declares ability to comply to SMC information security and cyber policy, which has been conducted and from		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

WIRELESS APPENDIX FOR ANALYTICAL DEVICES

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
1*	Connection to the wireless networks according to standard : (Choose the right answer) a) 802.11 ac (wave2) b) 802.11n		
2*	The capability of installing a Security certificate (User Certificate/Computer Certificate) Preference to – Computer Certificate. As per hospital policy we allow wireless access to internal network with 802.1x (Based on certificates only). Encryption – WPA2-AES (WPA2 with AES encryption and dynamic keys using 802.1x via Transport Layer Security (**TLS**)). Support cryptographic hash function (Secure Hash Algorithm 2) **SHA2**.		
3	Remote management (implementation and updating certificates and settings)		
4	Disabling Bluetooth		
5	Support of organizational NTP servers – an advantage		
6	Update/renewal of the Certificates automatically – An advantage.		
7	IP Multicast enabled	Yes	No
8	Approval of WIFI network card will be upon physical assessment on site		

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

CONFIDENTIALITY APPENDIX

CONFIDENTIALITY AND NON-DISCLOSURE UNDERTAKING

We acknowledge that as part of our engagement with Sheba Medical Center, we will be given access to information that is of a personal, confidential and/ or proprietary nature, for example: (1) patient information, (2) personnel information, or (3) confidential business information of Sheba Medical Center and/or third parties, including third-party software and other licensed products or processes, and/or (4) trade secrets, research data ("**Confidential Information**"), for the purpose of fulfilling engagement obligations.

We, therefore agree:

- To hold all confidential information in trust and strict confidence and agree that it shall be used only for the purposes required to fulfill engagement obligations, and shall not be used for any other purpose, or disclosed to any third party.
- To keep any Confidential Information in my control or possession in a physically secure location to which only I and other persons who have signed a confidentiality agreement with Sheba Medical Center have access.
- Not to remove any Confidential Information from Sheba Medical Center unless, and to the extent that, I obtain Sheba's written pre-authorization. Whenever I am so pre-authorized, I agree to take all necessary steps to keep such Confidential Information secure and to protect such Confidential Information from unauthorized use, reproduction or disclosure.
- To maintain the absolute confidentiality of personal, confidential and proprietary information in recognition of the privacy and proprietary rights of others at all times, and in both professional and social situations.
- To comply with all privacy laws and regulations, which apply to the collection, use and disclosure of personal information.
    - At the conclusion of any discussions, or upon demand by Sheba, to return all confidential information, including prototypes, code, written notes, photographs, sketches, models, memoranda or notes taken, to Sheba's possession and the responsible manager/director.
- Not to disclose confidential, personal and/or proprietary information to any employee, consultant or third party unless they agree to execute and be bound by the terms of this agreement and have been approved by Sheba Medical Center in an official, legal capacity.

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

We understand that a breach of confidentiality or misuse of information could result in disciplinary action up to and including immediate termination of the agreement.

We understand that this undertaking survives the termination of the agreement relationship with Sheba Medical Center.

The laws of Israel shall govern this Undertaking and its validity, construction and effect.

We fully understand and accept responsibilities set above relating to personal, confidential and/or proprietary Information.

IN WITNESS whereof this UNDERTAKING has been executed on the date shown hereunder:

By: _____ By: _____

Date: _____ Date: _____

Position:_____Position: _____

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

CONFIDENTIALITY AND NON DISCLOSURE AGREEMENT

TO BE SIGNED BY ALL THE SUPPLIERS' EMPLOYEES

Declaration of confidentiality

Date: _____

I, the undersigned (First name and last name of the Employee):
_____, I.D.Number:_____, am employed by (Name of employer):_____, and am hereby committed to undertaking the following:

1. To keep secret and not pass on, not inform, not hand over and / or bring to any person's attention, any detail and any information which shall come to my attention during my work on behalf of_____(Name of employer) who provides services to_____, throughout said working period, or thereafter.
2. This obligation applies to all types of information, whether they are brought to my attention as part of my job/work or whether they are brought to my attention in any other way.
3. Without detracting from what is stated in Paragraph 1 as above, I hereby underdertake that for the duration of my provision of services to Sheba and also afterwards, indefinitely, I will not tell any person or entity, I will not publish and will not relinquish from my possesion the information and / or all written information and / or any object or thing whether directly or indirectly to any party, including information about patients.
4. Likewise, I pledge that if I receive permission to use any of Sheba's databases I will do so solely for the purpose of providing my services to Sheba and only

Name: _____ Signature: _____

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL

שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל

מדינת ישראל
משרד הבריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר, מיקוד 5265601 , ישראל

after receiving express, written consent from Sheba to access the databases. I pledge to act in accordance with the Privacy Act and any other provisions made by the law relating to this matter.

5. I hereby declare that I am fully aware that any failure on my part to fulfill my obligations, as they are stated above, is considered a criminal offense under the Penal Code (1977) and the Protection of Privacy Act (1981) and any other laws in keeping with the types of information, including the Patients' Rights Act (1996), and that I will be liable to receiving all punishments for my non-compliance, as they are designated by law.
6. The mobile phone number on which I will receive the code: _____.
7. Organizational Email of the employee: _____.

_____ _____

Date Signature of Declarant

For clarifications or questions please contact: infosec@sheba.health.gov.il
6975739-054 Roman Ratman: Roman Korobitsyn: 054-3358913 Roy Faigel: 5222899-052

Authorization and approval of people responsible for allowing the System (listed below) – essential. Without verified written approval, the system will be treated as NON APPROVED.

Name: _____ Signature: _____