

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации
Фонда социального страхования Российской Федерации «Туманный»

ПРИКАЗ

20 сентября 2022 года

№ 169-п

г. Сорск

**Об утверждении
формы согласия на обработку персональных данных пациента
в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный»**

В соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму Согласия на обработку персональных данных пациента в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный» (далее – форма согласия).
2. Заведующим отделений: лечебно-оздоровительным (Л.Н. Киреевой), физиотерапевтическим (Е.А. Мартыновой), терапевтическим отделением №1, 2 (Т.Г. Елисеевой) ввести в работу подчиненных структурных подразделениях форму согласия, указанной в пункте 1 настоящего приказа, с 20 сентября 2022 года.
3. И.о. заместителю директора по медицинской части Л.Н. Киреевой обеспечить организационно-методическое руководство и контроль за внедрением и использованием прилагаемой формы согласия в работе Центра реабилитации.
4. Приказ от 07.11.2019 № 317-п «Об утверждении типовой формы согласия на обработку персональных данных» признать утратившим силу.
5. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на и.о. заместителя директора по медицинской части Л.Н. Кирееву.

И.о. директора



Н.М. Тарасова

Исп. Лаврентьев А.Л.



Приложение к приказу
ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ
«Туманный»
от 20 сентября 2022 года № 169-п

Форма

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

зарегистрированный по адресу: _____
документ, удостоверяющий личность _____

(серия и номер документа, кем и когда выдан)

В соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе **Федеральному бюджетному учреждению Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Туманный»** (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 655111, Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации «Туманный», в целях оказания мне медицинских услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказания медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, в том числе биометрические данные, семейное, социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), образование, тип занятости, место работы, должность, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве. Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

Раздел заполняется, если согласие подписывает законный представитель пациента или представитель по доверенности,

(Ф.И.О. представителя субъекта персональных данных)
зарегистрированный по адресу: _____
документ, удостоверяющий личность _____
(серия, номер документа, кем и когда выдан)
Документ, подтверждающий полномочия представителя: _____

(серия, номер документа, кем и когда выдан)

(подпись)
« _____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. полностью)