

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФБУ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ТУМАННЫЙ»

П Р И К А З

07 11 2019

№ 317

**Об утверждении типовой формы
согласия на обработку персональных данных пациента**

С целью организации обработки персональных данных работников в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую типовую форму согласия на обработку персональных данных пациента, законного представителя пациента.
2. Ответственному лицу за организацию обработки персональных данных пациентов, законных представителей пациентов – заведующей лечебно-оздоровительным отделением Киреевой Л.Н. организовать получение согласия на обработку персональных данных пациентов, законных представителей пациентов по типовой форме, указанной в пункте 1 приказа, при первичном врачебном приеме пациентов, законных представителей пациентов.
3. Заместителю директора по общим вопросам А.М. Кузьмину ознакомить руководителей структурных подразделений с настоящим приказом под роспись с предоставлением копии приказа.
4. Руководителям структурных подразделений ознакомить работников с настоящим приказом под роспись.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по общим вопросам А.М. Кузьмина.

Основание: служебная записка юрисконсульта службы правовой и кадровой работы Кляшевой О.В. от 05.11.2019

И.о. директора



Р.В. Гордеева

Приложение № 1
к Политике Федерального бюджетного
учреждения Центр реабилитации
Фонда социального страхования
Российской Федерации «Туманный» в
отношении обработки персональных данных

**Типовая форма согласия на обработку персональных данных пациента,
законного представителя 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 **Федеральному бюджетному учреждению Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Туманный»** (далее – Оператор), находящемуся по адресу: Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации «Туманный», в целях оказания мне медицинских услуг и иных 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 оказанных 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, данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные, семейное, социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), образование, тип занятости, место работы, должность, 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), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, 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
недееспособного лица или представитель по доверенности

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

зарегистрированный по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность _____

(серия и номер документа, кем и когда выдан) _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя: _____

(серия и номер документа, кем и когда выдан) _____

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г

(Ф. И. О. полностью)