

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации  
Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации «Туманный»

ПРИКАЗ

17 апреля 2023 года

№ 89-п

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

В связи с изменением наименования учреждения, в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемую форму Согласия на обработку персональных данных пациента в ФБУ Центр реабилитации СФР «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, указанную в пункте 1 настоящего приказа.

3. И.о. заместителя 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 20.09.2022 № 169-п «Об утверждении формы согласия на обработку персональных данных пациента в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный»» 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

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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»** (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 655111, Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации «Туманный», в целях оказания мне медицинских 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 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)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)