



Российская Академия Наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской академии наук
(СПб больница РАН)

Приказ № 102

от «_ 11 _» августа 2014 года

Об организации работы по обработке персональных данных граждан

В целях совершенствования работы по реализации прав граждан при обработке их персональных данных,

Приказываю:

1. Утвердить форму согласия гражданина на обработку персональных данных (Приложение №1 к настоящему Приказу).
2. Начальнику отдела кадров Ефременко Л.Г. ознакомить сотрудников СПб Больница РАН с настоящим приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

О.Л. Чагунава

Согласие гражданина (законного представителя) на обработку персональных данных

Я, _____,
зарегистрированный по адресу: _____

Данные паспорта: _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУЗ СПб Больница РАН (194017, Санкт-Петербург, пр. Тореза, дом 72) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- дату рождения;
- адрес проживания (регистрации);
- данные паспорта;
- контактный телефон;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- место работы;
- данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (амбулаторно и/или в условиях стационара) я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача в Медицинский центр УД РАН, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Территориальные и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, страховую медицинскую организацию. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ (_____)
« _____ » _____ 20 _____ г.