



П Р И К А З

18 августа 2023г.

№ 183

г. Омск

**О введении в действие нового бланка «Согласие
на обработку персональных данных»**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006года «О персональных данных» №152-ФЗ, во исполнение постановления Правительства РФ от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» и, руководствуясь пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в целях совершенствования процесса обеспечения прав граждан, п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить новый бланк «Согласие на обработку персональных данных» и ввести в действие с 01.09.2023года.
2. Приложение №1/1 и приложение 1/2 к приказу главного врача БУЗОО «КДЦ» от 12.10.2021г. №183 «О порядке выполнения инвазивных и иных диагностических и лечебных манипуляций (операций) в БУЗОО «КДЦ» признать утратившими силу с 01.09.2023года.
3. Заведующим структурными подразделениями ознакомить с настоящим приказом врачей и средний медицинский персонал (в том числе и вновь принимаемых на работу) под роспись.
4. Настоящий приказ вступает в силу с 01.09.2023года.
5. Отделу документационного обеспечения ознакомить с настоящим приказом причастных лиц под роспись и разместить данный приказ с приложением в электронной сети учреждения в формате, исключающем несанкционированное внесение изменений.
6. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по ОМР.

Главный врач

Н.И. Орлова

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью)

_____ ,
(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)
Зарегистрированный (-ая) по адресу _____
(место фактического проживания) _____

Лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)
_____ , (ФИО полностью)
_____ , (документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)
Зарегистрированный (-ая) по адресу _____
_____ , (место фактического проживания)
Действующий от имени субъекта персональных данных на основании
_____ , (указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический диагностический центр"

Адрес места нахождения: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать 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), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я, **согласен, не согласен** (нужное подчеркнуть) на передачу в единую государственную систему в сфере здравоохранения медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья гражданина в соответствии с пунктом 5.1 части 3 статьи 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" _____.

(подпись)

Срок, в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

(дата)

(подпись)

(ФИО)