АДМИНИСТРАЦИЯ КАЛИНИНСКОГО
РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«Городская поликлиника № 96»

П Р И К А З

№ 345

«05» октября 2023

«Об утверждении формы согласия на обработку персональных данных при заключении договоров на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №96»

Во исполнение требований положений Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ ;

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму Согласия на обработку персональных данных при заключении договоров на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №96».
2. Заместителю главного врача по общим вопросам Пирятинскому Ф.А. довести до сведения работников, ответственных за организацию оказания в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №96» платных медицинских услуг, положения настоящего приказа.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по общим вопросам Пирятинского Ф.А.

Приложение:

Форма Согласия на обработку персональных данных при заключении договоров на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №96»

Временно исполняющий обязанности главного врача О.Е. Тера

Приложение №1 к Приказу №_____
от 05 октября 2023

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городская поликлиника №96», 195274, Санкт-Петербург, пр. Просвещения, д. 53, к. 2, лит А (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный(е) телефон(ы)_____
почтовый адрес_____
e-mail:_____

_____ _____
(подпись, Ф.И.О.) (дата)

Согласие получено _____
(дата

Уполномоченный представитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)