

Министерство здравоохранения Свердловской области  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
«ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
«УРАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМЕНИ В.Д. ЧАКЛИНА»  
(ГБУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. ЧАКЛИНА»)

**П Р И К А З**  
Екатеринбург

«20» апреля \_\_\_\_\_ 2016 года

№ 95/10

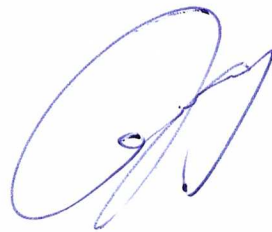
**Об утверждении формы согласия пациента на обработку персональных  
данных в ГБУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. ЧАКЛИНА»**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006  
№ 152-ФЗ «О персональных данных»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму согласия пациента на обработку персональных данных в ГБУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. ЧАКЛИНА» (Приложение).
2. Заместителю директора по лечебно-научной работе Рыбину А.В. обеспечить с 01.05.2016 получение согласия пациентов на обработку персональных данных в ГБУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. ЧАКЛИНА» по форме, представленной в Приложении.
3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора



А.В. Рыбин

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, дата выдачи)  
\_\_\_\_\_  
(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «ЦСВМП «УИТО им. В.Д. ЧАКЛИНА», 620014, Екатеринбург, пер. Банковский, 7 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.**

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. 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.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр», 620078, г. Екатеринбург, ул. Гагарина 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР «ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА» 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; АО «РТ Лабс», 141400, Московская область, г. Химки, ул. Пролетарская, д.23 (юридический адрес), 123317, г. Москва, ул. Антонова-Овсеенко, д.15, стр.1 (почтовый адрес); ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО «ПАРУС-Екатеринбург» (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д.13; ПАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, двадцать пять лет – для поликлиники).

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

**Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.**

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.

**Контактный телефон(ы)** \_\_\_\_\_ **и почтовый адрес** \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_