

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
о неразглашении и обеспечении безопасности
персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

(должность)

Обязуюсь:

1. Не разглашать, не распространять персональные данные субъектов персональных данных (далее – персональные данные), выполнять требования по обеспечению безопасности персональных данных, доступ к которым будет мне предоставлен или которые станут мне известны при выполнении должностных обязанностей.

2. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных при их обработке как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка).

3. Выполнять требования законодательства Российской Федерации, города Москвы, внутренних документов ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», иных документов, инструкций и положений, обязательных к исполнению и призванных обеспечить безопасность персональных данных.

4. Незамедлительно доводить до сведения непосредственного руководителя сведения:

1) о факте утраты (утери, хищения, недостачи) материальных носителей персональных данных, удостоверений, пропусков, ключей от помещений, хранилищ, сейфов, металлических шкафов, в которых хранятся персональные данные, личных печатей и о других фактах, которые могут привести к разглашению персональных данных;

2) о факте разглашения или неправомерной обработки персональных данных;

3) о ставших известными фактах или возможностях несанкционированного доступа к информационным системам, ресурсам, обрабатывающим персональные данные, о причинах и условиях возможной утечки персональных данных.

5. В случае моего увольнения:

5.1. Передать по акту непосредственному руководителю все носители, содержащие персональные данные (рукописи, черновики, распечатки на принтерах, флеш-накопители и иные электронные носители и др.), которые находились в моем распоряжении в связи с выполнением мною должностных обязанностей.

5.2. Не разглашать, не распространять, не использовать, не предпринимать возможности нарушений требований по обеспечению безопасности в течении трех лет после прекращения служебного (трудового) контракта, освобождения от замещаемой должности и увольнения к персональным данным, доступ к которым был мне предоставлен или которые были мне известны при выполнении должностных обязанностей.

6. Мне известно, что нарушение данных обязательств может повлечь уголовную, административную, гражданско-правовую или иную форму ответственности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

Я проинформирован(а) о факте обработки мной персональных данных в процессе выполнения моих должностных обязанностей, категориях обрабатываемых персональных данных, а также об особенностях и правилах осуществления такой обработки (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств), установленных законодательством Российской Федерации, _____ города Москвы, иными подзаконными правовыми актами, правовыми актами ДЗМ, документами ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ».

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

Я ознакомлен(а) с требованиями законодательства Российской Федерации, города Москвы и правовых актов, документов ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», регламентирующими порядок обработки и обеспечение безопасности персональных данных и обязуюсь на регулярной основе следить за изменениями указанных требований путем ознакомления с информацией, размещаемой работодателем на локальных ресурсах доступных работникам, допущенным к обработке персональных данных.

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

От: _____
Паспорт: Серия _____ № _____
Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____
Код подразделения: _____
Зарегистрированного по адресу: _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. работника полностью)
в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных",

в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
 - содействия в трудоустройстве;
 - заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
 - получения образования и продвижения по службе;
 - отражения информации в кадровых документах;
 - начисления заработной платы;
 - исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование;
 - представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в Пенсионный фонд РФ, сведений подоходного налога в ФНС России, сведений в ФСС РФ;
 - предоставления налоговых вычетов
 - обеспечения моей безопасности;
 - контроля количества и качества выполняемой мной работы;
 - обеспечения сохранности имущества работодателя;
- даю согласие ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество, пол, возраст;
- дата и место рождения, паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный), адрес электронной почты;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым законодательством;
- сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы;
- номер СНИЛС, ИНН, медицинский полис
- информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности ;
- отношение к воинской обязанности;
- сведения о разрешительной документации на работу и проживание на территории РФ, добровольном и обязательном медицинском страховании;
- справку о характере и условиях труда по основному месту работы, если работа связана с вредными или опасными условиями;
- сведения о документах, которые подтверждают право управления транспортными средствами;
- сведения об инвалидности из справки медико-социальной экспертизы и индивидуальной программой реабилитации инвалида;
- информацию о состоянии моего здоровья, которая относится к вопросу о возможности выполнения мной работы;
- информацию о наличии либо отсутствии судимости;
- информацию о наличии либо отсутствии наказания за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, либо новых потенциально опасных психоактивных веществ без назначения врача;
- сведения о доходах;
 - сведения о наградах (поощрениях), почетных званиях
 - сведения о социальных гарантиях
 - биометрических персональных данных, а именно фотографии.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), адрес: г. Москва, ул. Ставропольская, д.27

ИНН 77023040720 ОКВЭД 86.10 ОКПО 01933811
ОКОГУ 2300229 ОКОПФ 75203 ОКФС 13

от: ФИО _____

должность _____

паспорт _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

№ телефона: _____

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Я, _____,

(Ф.И.О. работника полностью)

руководствуясь ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю о согласии на распространение ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» моих персональных данных в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да / нет)	Неограниченному кругу лиц (да / нет)
общие персональные данные	Фамилия		
	имя		
	отчество		
	Дата, месяц, год рождения		
	должность		
	образование		
	профессия		
	Сведения о квалификационной категории		
биометрические персональные данные	цветное цифровое фотографическое изображение лица		

Сведения об информационных ресурсах ГБУЗ «ПКБ №13 ДЗМ», по средством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Информационный ресурс	Действия с персональными данными
https://pb-13.ru	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
https://zen.yandex.ru/pkb13mos/	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
https://m.ok.ru/group/pkb13mos	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
https://vk.com/pkb13mos	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
https://prodoctorov.ru/	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
Закрытый корпоративный чат	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц
На информационных стендах в организации	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует до окончания срока трудового договора.

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

"__" _____ Г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

ИБ:

Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство, обработку персональных данных и предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Я,	_____
	(фамилия, имя, отчество, пациента или его законного представителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по	_____
	(указывается адрес места жительства пациента или его законного представителя)

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение

своих действий, даю медицинской _____
(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

(далее – Медицинская организация) свое согласие (далее – Согласие):

1) На следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства: опрос; осмотр; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; лекарственная терапия, лабораторные методы обследования, функциональные методы обследования, рентгенологические методы обследования; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); проведение инъекций и инфузий; инвазивные и оперативные вмешательства в требуемом объеме, а также необходимое анестезиологическое и реанимационное пособие; трансфузиология; физиотерапия и лечебная физкультура для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем

которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть) _____

оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях.

Врачом _____

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем Согласии на любом этапе получения помощи, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления, медицинских документов, отражающих состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) доверенного лица;

_____ контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- 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;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом,

законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, лицам, задействованным в оказании мне медицинской помощи и иных сопутствующих услуг, органам, организациям, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.

2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.

4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

5. Настоящее Соглашение может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных на основании письменного заявления, направленного в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись ее уполномоченному представителю.

6. В случае отзыва настоящего Соглашения в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, предусмотренных законом.

Я удостоверяю, что, права как пациента (законного представителя пациента) и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны.

С Правилами внутреннего распорядка и Планом лечения ознакомлен.

Текст настоящего документа мною прочитан, мне разъяснено назначение настоящего документа, даны ответы на мои вопросы, разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных « ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент / законный представитель _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Соглашение, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя
пациента) на медицинское вмешательство, обработку персональных данных и
предоставление сведений, составляющих врачебную тайну**

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
года рождения, проживающий по _____,
(указывается адрес места жительства пациента)
_____ (далее –

**Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента,
не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина**

Я, _____,
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по _____,
(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, _____,
(нужное указать)
пациента (ребенка или гражданина, признанного _____,
(нужное указать)

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,
подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю медицинской организации

(указывается полное официальное наименование медицинской организации)
(далее - Медицинская организация) свое согласие (далее - Согласие):

1) На следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства(х):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства

для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях:

Врачом _____

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем Соглашении на любом этапе получения помощи, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) доверенного лица;

контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- 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;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) и иные территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, организациям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы - Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения», (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Медицинская организация вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я информирован(а) (как лицо, законным представителем которого я являюсь) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.

2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей.

4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

5. Настоящее Соглашение может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Медицинской организации.

6. В случае отзыва настоящего Соглашения в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я удостоверяю, что:

- права как пациента (законного представителя пациента) и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;

- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;

- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных « ____ » _____ г

Пациент / законный представитель пациента _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Соглашение, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Медицинской организации; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) - полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)