

ООО Центр современных медицинских технологий
«Гарантия»

ПРИКАЗ

«14» февраля 20 18 г.

№ 12/18-ОР

г. Бор

О защите персональных данных

С целью организации работ по обеспечению безопасности персональных данных

ПРИКАЗЫВАЮ:

- С 19.02.2018 года утвердить и ввести в действие «Политику» обработки и защиты персональных данных ООО ЦСМТ «Гарантия».
- Отменить ранее действующее Положение «О защите персональных данных работников ООО ЦСМТ «Гарантия»» от 01.11.2011 г.
- Утвердить перечень лиц, имеющих право доступа к персональным даны (Приложение № 1).
- Назначить ответственным за работу с персональными данными в ООО ЦСМТ «Гарантия» заместителя генерального директора Ромашова А. С.
- Утвердить бланки согласий на обработку персональных данных (Приложение № 2)
- Разместить в срок до 28.02.2018 г. «Политику» и бланки согласий на официальном сайте ООО ЦСМТ «Гарантия». Ответственным за размещение назначить менеджера по персоналу А. В. Чухину.
- Менеджеру по персоналу А. В. Чухиной в срок до 28.02.2018 г. ознакомит всех работников ООО ЦСМТ «Гарантия» с «Политикой».
- Контроль за исполнением приказа оставлю за собой.

Заместитель генерального директора
по общим вопросам



Л. А. Андриянова

С приказом ознакомлены

Заместитель генерального директора А. С. Ромашов «14» 02 20 18 г.
Менеджер по персоналу А. В. Чухина «14» 02 20 18 г.

Список должностей работников ,
имеющих право доступа к персональным данным

1. При осуществлении трудовых отношений:
 - генеральный директор
 - заместитель генерального директора
 - заместитель генерального директора по общим вопросам
 - главный бухгалтер
 - менеджер по персоналу
2. При осуществлении гражданско- правовых отношений (оказание медицинской помощи):
 - - генеральный директор
 - заместитель генерального директора
 - заместитель генерального директора по общим вопросам
 - главный бухгалтер
 - врач- специалист
 - медицинская сестра
 - акушерка
 - медицинский регистратор
 - секретарь

СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных

Я проживающий(ая) по адресу: _____, паспорт _____, выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне платных медицинских услуг в соответствии с заключенным договором (п.2 ч.2 ст.22 152-ФЗ) подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Современных Медицинских Технологий «Гарантия» (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, назначенному и проведенному 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:

- в случае обработки моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных 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;

- для выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и 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. 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 защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отзоваться 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.

Дополнительно даю, не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на информационные рассылки:

- на адрес электронной почты (E-mail- рассылка): _____ (указать адрес)
- на мобильный телефон (СМС - рассылка) _____ (указать телефон)

_____/подпись/ _____ /Ф.И.О./ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество работника)

исполняющий (ая) должностные обязанности по замещаемой должности _____
(должность)

(далее – Работник), зарегистрирован (а) по адресу (с указанием почтового индекса):
фактически проживаю по адресу (с указанием почтового индекса):
паспорт: серия _____ № _____, выдан

(кем, когда, код подразделения),
своей волей и в своем интересе в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими
вопросы защиты персональных данных работников, даю согласие ООО ЦСМТ «Гарант»
(наименование организации)

(далее – Оператор), юридический адрес: 606440, Нижегородская область, Бор, ул. Крупской, д. 11

фактический адрес (при наличии): 606440, Нижегородская область, Бор, ул. Крупской, д. 11

на обработку моих персональных данных в целях:

содействия мне в трудоустройстве, заключения и исполнения трудового договора, оформления трудовых отношений, обучения и продвижения по службе, контроля количества и качества выполняемой мной работы; обеспечения моей безопасности, обеспечения сохранности имущества Работника и Оператора; начисления и выплаты заработной платы и иных платежей с использованием банковской карты; предоставления гарантий и льгот, предусмотренных нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, соглашениями, трудовым договором; включения в корпоративные справочники и другие общедоступные источники информации Оператора, а также идентификации и аутентификации Работника в информационных системах; страхования жизни и здоровья Работника; проведения статистических и иных исследований и опросов, для обеспечения выполнения Оператором норм российского и международного законодательства, действующего на территории РФ.

Настоящее согласие даётся мной для обработки следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, место и дата рождения, гражданство, пол; адрес регистрации и адрес фактического проживания, телефонный номер (домашний, личный мобильный, рабочий и служебный мобильный); паспортные данные; идентификационный номер налогоплательщика; код страхового свидетельства Пенсионного Фонда РФ; сведения об образовании, включая научные степени и звания, о повышении квалификации, о знании иностранных языков; сведения о трудовом стаже, о трудовой деятельности до приема на работу в организацию Оператора; сведения о заработной плате и привнесенных к ней доходах, номера банковского счета и карты, указанные мной для выплаты заработной платы; сведения о воинском учете; данные о наградах, поощрениях, почетных званиях; категория инвалидности и данные заключения МСЭК (при наличии); адрес личной электронной почты (e-mail); медицинское заключение о возможности либо невозможности работы в конкретных условиях труда (при наличии),

а также для обработки специальных категорий персональных данных и биометрических данных: состояние здоровья (по результатам предварительного и периодических медицинских осмотров); сведения о моей частной жизни (состояние в браке, состав семьи); сведения, которые используются Оператором для установления моей личности (моя фотография, кадры видеосъемки с моим изображением, образцы почерка и подписи).

В случае изменения моих персональных данных в течение срока трудового договора обязуюсь проинформировать об этом Оператора.

Разрешаю Оператору осуществление следующих действий с моими персональными данными: получение персональных данных, в том числе от следующих третьих лиц _____; запись, систематизация, накопление, комбинирование, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, предоставление в пользование _____, доступ

распространение в _____; передача третьим лицам: налоговым органам, органам государственного социального и медицинского страхования, пенсионным фондам, иным органам в соответствии с федеральным законодательством, а также следующим третьим лицам: _____;

трансграничная передача моих персональных данных на территории иностранных государств .

Мои персональные данные могут обрабатываться как с использованием, так и без использования средств автоматизации.

Решения, порождающие юридические последствия в отношении меня, как субъекта персональных данных, или иным образом затрагивающие мои права и законные интересы.

могут быть
не могут быть

приняты на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных (*нужное подчеркнуть*).

Даю согласие на включение в общедоступные источники персональных данных Оператора (справочники, телефонные книги, сайт Оператора, информационные стенды), а также на публикацию в средствах массовой информации следующих моих данных: фамилия, имя, отчество, место работы, должность, ученая степень, научное звание, служебный телефон, сведения о научно-педагогической деятельности, фотография.

Мне разъяснены мои права в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся у Оператора, я предупрежден (а) об ответственности за предоставление ложных сведений о себе и предъявление подложных документов.

Срок действия согласия (*нужное подчеркнуть или указать*):

до окончания действия трудового договора;

до _____ 20 г.

Данное мной согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любой момент посредством направления Оператору письменного уведомления. Сведения о субъекте персональных данных должны быть в любое время исключены из общедоступных источников персональных данных по требованию субъекта персональных данных либо по решению суда или иных уполномоченных государственных органов.

С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных, а также при прекращении трудового договора Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и (или) уничтожить персональные данные в срок _____ с даты получения отзыва или прекращения трудового договора.

Я уведомлен (а), что при отзыве мной согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». При достижении целей обработки мои персональные данные подлежат уничтожению в срок _____ с даты достижения этих целей с обязательным уведомлением в течение _____.

Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе после прекращения трудовых отношений.

«____» 20 г.

Личная подпись

И.О. Фамилия