

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Федеральное государственное автономное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр

«Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»

имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

ПРИКАЗ

08.04.2021.

Москва

№ 65

**Об утверждении и введении в действие  
типовoy формы Согласия на обработку  
персональных данных**

В целях совершенствования типовых форм документов при оказании медицинских услуг,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – Учреждение) типовую форму Согласия на обработку персональных данных (приложение 1);
2. Руководителям структурных подразделений Учреждения при оказании медицинских услуг использовать введенную в действие типовую форму;
3. Начальнику отдела научной информации Политовой Е.А. обеспечить размещение текста настоящего приказа на официальном сайте Учреждения;
4. Заместителю генерального директора по организационной работе и инновационному развитию Ходжаеву Н.С. довести настоящий приказ до сведения филиалов;
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить:
  - в головной организации Учреждения на главного врача клиники Соболева Н.П.;
  - в филиалах на директоров филиалов.

Генеральный директор

А.М. Чухраёв

Приложение 1  
к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад.  
С.Н. Федорова» Минздрава России  
от 08 04 2021 г. № 63

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя))  
в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных",  
зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность: паспорт \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

дата выдачи документа и выдавшем его органе \_\_\_\_\_,  
в целях оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_,

даю согласие оператору ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – МНТК), находящемуся по адресу: 127486, Москва, Бескудниковский бульвар, 59А, на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", то есть, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса регистрации по месту жительства, пола, номера контактного телефона, реквизитов полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам МНТК передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования и лечения, другим должностным лицам МНТК, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), другим вневедомственным комиссиям (при наличии официального запроса). Предоставляю МНТК право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае несогласия на обработку персональных данных, МНТК вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические мероприятия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты пациента – 25 лет. Настоящее соглашение действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать мое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который направляется в адрес МНТК по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручается лично под расписку работнику канцелярии МНТК. В случае получения моего письменного заявления об отзыве согласия, МНТК обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)  
контактный телефон \_\_\_\_\_  
" " 202 \_\_\_\_\_ г.