

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия
«Олонецкая центральная районная больница»

20.10.2021 г.

№ 295/1

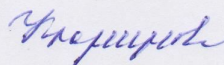
Об утверждении типовой формы
согласия на обработку и размещение
в сети «Интернет» персональных данных
в ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ»

В целях исполнения Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Разработать и утвердить типовую форму согласия на обработку и размещение в сети «Интернет» персональных данных сотрудников ГБУЗ «Олонецкая центральная районная больница» (Приложение № 1);
2. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ»



Н.В. Кюршунова

СОГЛАСИЕ
на обработку и размещение в сети «Интернет» персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии),

_____,
адрес субъекта персональных данных

Номер телефона, электронная почта _____,

в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своих интересах даю согласие ГБУЗ «Олонецкая центральная районная больница», расположенному по адресу 186000, Республика Карелия, г. Олонец, ул. Карла Либкнехта, д.34. ОГРН: 1021001027266, дата присвоения ОГРН: 15.11.2002г., ИНН: 1004001616, КПП: 100401001 на распространение в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ» (<https://crb.onego.ru>), на портале госуслуг (<https://www.gosuslugi.ru/>), на региональном портале медицинских услуг (<https://reg.zdrav10.ru>), а так же в медицинском сообществе ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ» (<https://vk.com/club163093951>) моих персональных данных, в объеме:

- Фамилия Имя Отчество;
- Дата рождения;
- Данные документа об образовании;
- Отделение и должность;
- Специальность;
- Квалификационная категория;
- Данные о сертификате;
- Личные фото;

Предоставляю право обработки вышеуказанных персональных данных в целях исполнения Приказа Минздрава России от 30.12.2014 N 956н "Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (вместе с "Информацией, предоставляемой медицинскими организациями, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями") (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36153), предоставления контактной информации для связи.

Указанная обработка осуществляется с использованием средств автоматизации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до момента моего увольнения с организации.

Субъект персональных данных:

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)