



МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»
(БФУ им. И. Канта)

ПРИКАЗ

от 28.08.2026 № 1040

КАЛИНИНГРАД

О введении в действие локального нормативного акта

В связи с необходимостью актуализации локальных нормативных актов Университета в соответствии с требованиями Постановления Правительства РФ от 30.05.2026 N 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» приказываю:

1. С 01 сентября 2026 года утвердить формы договора платных медицинских услуг (Приложение №1), информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение №2), согласия на обработку персональных данных (Приложение №3) и согласия законного представителя на обработку персональных данных (Приложение №4).

2. Признать утратившим силу с 01 сентября 2026 года ранее утвержденные формы документов, указанные в пункте 1 настоящего приказа.

3. Заместителю директора департамента стратегических коммуникаций Титовой А.В. разместить указанный локальный нормативный акт на официальном сайте БФУ им. И. Канта в разделе Клинико-диагностического центра.

4. Главному врачу Клинико-диагностического центра Губерцевой С.М. обеспечить с 01 сентября 2026 года внедрение в документооборот Клинико-диагностического центра форм документов, утвержденных настоящим приказом.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на главного врача Клинико-диагностического центра Губерцеву С.М.

Врио ректора

М.Н. Лисогор

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

проживающий(ая) по адресу: _____

основной документ, удостоверяющий личность: _____

(реквизиты: наименование основного документа, серия, номер, дата выдачи и орган, выдавший документ)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 года № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие Федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», расположенному по адресу: 236041 г. Калининград, ул. Александра Невского, д. 14 (далее – Оператор) на обработку персональных данных мое _____, законным представителем которого я являюсь на основании _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных)

(далее – Пациент),

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

проживающего(ой) по адресу: _____

основной документ, удостоверяющий личность: _____

(реквизиты: наименование основного документа, серия, номер, дата выдачи и орган, выдавший документ)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Обработка персональных данных Пациента допускается в целях обеспечения соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения.

Персональные данные Пациента могут обрабатываться как посредством автоматизированной, так и неавтоматизированной обработки.

Я разрешаю осуществление следующих действий с персональными данными Пациента: сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, передачу, хранение.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) персональных данных Пациента со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок действия настоящего согласия – до достижения целей обработки.

Данное мной согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любой момент посредством направления Оператору уведомления в виде, позволяющем идентифицировать меня как субъекта персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и (или) уничтожить персональные данные в срок 10 рабочих дней с даты получения отзыва. Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в любое время в письменном виде в адрес Оператора.

Я уведомлен (-а), что при отзыве мной согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных Пациента в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 202_ г.

(подпись)

(фамилия и инициалы)