



Министерство здравоохранения Мурманской области

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
"МУРМАНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ П.А. БАЯНДИНА"
(ГОБУЗ "МОКБ им. П.А. Баяндина")

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ДОБРОВОЛЬЦА (ВОЛОНТЕРА)
о неразглашении сведений, составляющих персональные данные, конфиденциальные
сведения, а также информацию, составляющих врачебную тайну**

г. Мурманск

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации)

паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи наименование выдавшего органа)

участвуя в добровольческой (волонтерской) деятельности и являясь добровольцем (волонтером) в целях безвозмездного оказания помощи медицинскому персоналу, оказания помощи пациентам, находящимся на стационарном лечении в ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» ОБЯЗУЮСЬ:

- не разглашать персональные данные, конфиденциальные сведения, в том числе информацию, составляющую врачебную тайну в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», которая будет доверена или станет мне известна при оказании мною помощи;

- не передавать без согласия ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» третьим лицам и не раскрывать публично персональные данные, конфиденциальные сведения, а также информацию, составляющую врачебную тайну;

- в случае попытки посторонних лиц получить персональные данные, конфиденциальные сведения, а также информацию, составляющую врачебную тайну, немедленно сообщить об этом главному врачу ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» и руководителю структурного подразделения;

- не использовать знание сведений, являющихся персональными данными, конфиденциальными сведениями, а также информацию, составляющую врачебную тайну, которая может нанести ущерб ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина», пациентам и работникам ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»;

- не сообщать устно или письменно кому бы то ни было персональные данные, конфиденциальные сведения, а также информацию, составляющую врачебную тайну;

- не предоставлять третьим лицам носители со сведениями, персональных данных, конфиденциальных сведений, а также информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия главного врача ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина»;

- об утрате или недостатке носителей со сведениями, являющимися персональными данными, конфиденциальными сведениями, а также информацию, составляющую врачебную тайну, удостоверений, пропусков, ключей от помещений, сейфов (металлических шкафов), печатей, штампов и о других фактах, которые могут привести к разглашению сведений, а также о причинах и условиях возможной утечки таких сведений, немедленно сообщать главному врачу ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина».

В случае прекращения работы, оказания помощи в качестве добровольца (волонтера) обязуюсь не разглашать и не использовать для себя или третьих лиц сведения, относящиеся к конфиденциальной информации.

Я предупрежден о том, что за разглашение сведений составляющих врачебную тайну без согласия гражданина влечет за собой административную ответственность по ст.13.14 КоАП РФ (Разглашение информации с ограниченным доступом) или уголовную ответственность по ст.137 УК РФ (Нарушение неприкосновенности частной жизни). _____ (подпись)

Проинструктирован «__» _____ 20__ г. _____

