***Бланк медицинской организации***

ПРИКАЗ

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. №\_\_\_\_\_\_\_

О допуске работников

к работе в информационной системе «Лекарственное обеспечение»

В целях исполнения требований законодательства Российской Федерации по защите информации в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

(наименование медицинской организации)

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить список лиц, имеющих доступ к персональным данным в информационной системе «Лекарственное обеспечение» (далее ИС «ЛО») (Приложение).
2. Допущенным пользователям к работе в ИС «ЛО» ознакомиться с требованиями законодательства по защите информации.
3. Допущенным пользователям к работе в ИС «ЛО» соблюдать требования законодательства по защите информации, а также соблюдать взятые обязательства о неразглашении информации, содержащейся в ИС «ЛО».
4. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на Ф.И.О. и должность работника медицинской организации.

Ф.И.О. руководителя

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Приложение к приказу от \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Список лиц, имеющих доступ к персональным данным в ИС «ЛО»

по отделению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование отделения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, Имя, Отчество (полностью) | Должность | СНИЛС работника медицинской организации | Роль пользователя в ИС «ЛО» | Наименование абонентского пункта медицинской организации в сети ВИПНЕТ, на который будут отправлены учетные записи |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Бланк медицинской организации***

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. №\_\_\_\_\_\_\_

Заявка на доступ пользователей к ИС «Лекарственное обеспечение»

на уровне медицинской организации государственной системы здравоохранения Оренбургской области

по отделению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование отделения)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, Имя, Отчество (полностью) | Должность | СНИЛС работника медицинской организации | Роль пользователя в ИС «ЛО» | Наименование абонентского пункта медицинской организации в сети ВИПНЕТ, на который будут отправлены учетные записи |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ф.И.О. руководителя

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

МП

Ответственное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

о неразглашении информации, включая персональные данные, содержащейся в информационной системе «Лекарственное обеспечение»

|  |  |
| --- | --- |
| Я |  |
| (Ф.И.О. работника) | |
|  | |
|  | |

(наименование медицинской организации, должность, наименование структурного подразделения)

Предупрежден (а) о том, что на период исполнения должностных обязанностей в соответствии с должностным регламентом мне будет предоставлен допуск к ИС «Лекарственное обеспечение», содержащей персональные данные. Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

1. Не передавать и не разглашать третьим лицам информацию, включая персональные данные, содержащуюся в ИС «Лекарственное обеспечение» и которая мне доверена (будет доверена) или станет известной в связи с исполнением должностных обязанностей.

2. В случае попытки третьих лиц получить от меня информацию, включая персональные данные, содержащуюся в ИС «Лекарственное обеспечение», сообщать непосредственному начальнику.

3. Не использовать информацию, включая персональные данные, содержащуюся в ИС «Лекарственное обеспечение», с целью получения выгоды.

4. Выполнять требования нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы защиты информации.

Я предупрежден(а) о том, что в случае нарушения данного обязательства буду привлечен(а) к дисциплинарной ответственности и/или иной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы)                         (подпись)

 «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(дата)