

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
(ГБУЗ ООД)

ПРИКАЗ

30.12.2016

193

г. Иркутск

О введении в действие Положения
о телефоне доверия в ГБУЗ ООД

Во исполнение ст.13.3 Федерального закона от 25 декабря 2008 года №273-ФЗ «О противодействии коррупции», руководствуясь п. 3.6. Устава ГБУЗ ООД,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие Положение о телефоне доверия в ГБУЗ ООД с 01.01.2017 года.
2. Установить «Телефон доверия» - канал связи с гражданами и организациями, созданный в целях оперативного реагирования на возможные коррупционные проявления в деятельности работников ГБУЗ ООД, с возможностью срабатывания автоответчика в срок до 31.01.2017 года. Ответственным назначить начальника Отделения для обеспечения эксплуатации медицинского оборудования Уцына В.Н.
3. Ответственным за прием и регистрацию обращений, поступающих по «телефону доверия» назначить администратора О.В. Кривошекову.
4. Зарегистрированные обращения передавать под роспись начальнику Отдела документационного обеспечения для дальнейшей работы.
5. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач



В.В. Дворниченко

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
(ГБУЗ ООД)



Утверждено
приказом главного врача
от « 30 » _____ 2016г.
№ _____

ПОЛОЖЕНИЕ
о телефоне доверия в ГБУЗ ООД

1. Положение о телефоне доверия в ГБУЗ ООД (далее - Положение) устанавливает порядок работы «телефона доверия» в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной онкологический диспансер» (далее - Учреждение) по вопросам коррупции, организации работы с обращениями граждан и организаций.

2. «Телефон доверия» - это канал связи с гражданами и организациями (далее - абонент), созданный в целях оперативного реагирования на возможные коррупционные проявления в деятельности работников Учреждения, а также для обеспечения защиты прав и законных интересов граждан.

3. Режим функционирования «телефона доверия» - круглосуточный.

4. Прием обращений абонентов, поступающих по «телефону доверия», осуществляется в режиме непосредственного общения с уполномоченным работником в рабочие дни с 08.00 до 17.00, с 17.00 до 08.00 и в выходные и праздничные дни срабатывает автоответчик, который осуществляет запись. Записанные обращения прослушиваются в первый рабочий день.

5. Поступившие обращения граждан и (или) организаций подлежат обязательной регистрации в Журнале регистрации обращений граждан и организаций по «телефону доверия» по форме согласно приложению №1 к настоящему Положению.

6. Поступившие зарегистрированные обращения рассматриваются в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

7. Анонимные обращения, а также обращения, не содержащие адрес, по которому должен быть направлен ответ, не рассматриваются.

8. Обращения, содержащие нецензурную либо оскорбительную лексику, угрозы жизни, здоровью и имуществу работников Учреждения, а также членов их семей, остаются без ответа по существу поставленных в нем вопросов и (или) перенаправляются пор принадлежности в правоохранительные органы.

9. Работники Учреждения, работающие с информацией, поступившей по «телефону доверия», несут персональную ответственность за соблюдение конфиденциальности полученных сведений.

10. Использование и распространение информации о персональных данных, ставшей известной в связи с обращениями граждан и (или) организаций по «телефону доверия», без их согласия не допускается.

11. Настоящее Положение обладает прямым действием и сохраняет свою силу до его отмены или замены.

12. Изменения и дополнения в Положение вносятся и утверждаются приказом Главного врача.

Начальник юридического отдела

О. Ю. Пархоменко

Главный врач

В.В. Дворниченко

Согласовано:

начальник Отделения для обеспечения
эксплуатации медицинского оборудования

В.Н. Уцын

ЖУРНАЛ
регистрации обращений граждан и организаций по «телефону доверия»
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Областной онкологический диспансер»

N п/п	Дата	Время	Ф.И.О. работника, обработавшего сообщение, подпись	Краткое содержание сообщения	Ф.И.О. абонента (при наличии информации)	Адрес, телефон абонента (при наличии информации)	Принятые меры
----------	------	-------	--	------------------------------------	--	---	------------------