



## РАСПОРЯЖЕНИЕ

№ 70/0343/02

23 АВГ 2023 2023 года

### **«Об отмене распоряжения № 0007 от 18.01.2023 года «Об организации заезда на производственные объекты»**

В соответствии с письмом ООО «Сахалинская энергия» (далее -Заказчик) Руководителям подрядных организаций Исх.№ 2023-ИСХ-ЮСХ-22-00946 от 10 августа 2023 г. «Кас.: Актуализации противоэпидемических мероприятий против COVID-19» в связи с устойчивой стабилизацией эпидемического процесса по COVID-19 и высоким уровнем иммунной прослойки среди работников проекта «Сахалин-2»:

1. Отменить распоряжение № 0007 от 18.01.2023 года «Об организации заезда на производственные объекты»
2. С 05 августа 2023 отменяется понятие «неустановленный» и обсервация для лиц с неустановленным иммунным статусом. Изменяется срок действия статуса «иммунный» и «неиммунный», продлевается с 6 на 12 месяцев, т.е., у персонала, у которого в ближайшее время истекает шестимесячный срок иммунного статуса, он автоматически продлевается еще на полгода.
3. Отменить необходимость сдачи тестов на антитела для вновь принимаемого персонала с 16.08.2023 включительно. Вновь принятому персоналу без сданных тестов будет присвоен статус «неиммунный».
4. К оплате будут приняты тесты на антитела, сданные персоналом в медицинских учреждениях до 11.08.2023 года включительно.
5. Персоналу ООО «СМНМ-ВИКО, ИСК», следующему на морские объекты Заказчика до 01.09.2023, вне зависимости от режима и статуса самого объекта, соблюсти обязательные требования к заезду - - предъявить согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2), и отрицательный результат лабораторного исследования на наличие возбудителя COVID-19 (вирус SARS-CoV-2), выполненный методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или экспресс-тестированием на определение антигена возбудителя COVID-19, сделанный не позднее чем за 48 часов до даты выезда из места проживания/пребывания на производственный объект или 72 часа для жителей удаленных районов, к которым относятся: Охинский район; Александровск-Сахалинский район; Ногликский район (кроме пгт. Ноглики); Тымовский район; Смирныховский район; Поронайский район; Томаринский район; Углегорский район; Макаровский район; Невельский район (с. Горнозаводск); Холмский район

(с. Пожарское, с. Костромское, с. Яблочное); Корсаковский район (с. Чапаево); северная часть Долинского района (с. Взморье и населенные пункты севернее, а также с. Быков); с. Синегорск; все районы Курильских островов лицензированными медицинскими учреждениями (пункт 3 Приложения № 1).

Полученный результат ПЦР или экспресс тестирования перед заездом необходимо предоставить в формате скан копии/копии/фото координаторам платформ на электронный адрес: [SELLC-Offshore-PCR@sakhalin2.ru](mailto:SELLC-Offshore-PCR@sakhalin2.ru).

При отсутствии у работника перечисленных документов (полностью или частично либо их несоответствие требованиям настоящего распоряжения) работник не допускается на производственные объекты.

6. Возмещение затрат персонала на тест ПЦР производится до 31.08 2023 включительно по фактическим расходам согласно подтверждающих документов в размере не более 3000 рублей за каждый тест. Авансовый отчет на возмещение затрат работников по прохождению исследования предоставляется в течение 30 календарных дней. По окончании указанного периода авансовый отчет не принимается и возмещению не подлежит. Перечень документации для авансового отчета:

- договор на оказание платных услуг (оригинал);
- фискальный чек об оплате услуги (оригинал);
- справка (копия справки) с результатом исследования;
- заявление на возмещение платных услуг с подписью (Приложение № 3);
- заполненный реестр к авансовому отчету с подписью (Приложение № 4).

Авансовый отчет не принимается к возмещению в случае отсутствия и/или не соответствующего оформления документов.

При передаче документации необходимо учесть время, требующееся на обработку документов специалистом.

7. Службе охраны труда проводить проверку предоставляемых документов, указывать код учетного объекта и передавать оригиналы документов в бухгалтерию.
8. Контактные лица по вопросам проведения исследований:
- Ковалев М.О., тел.: 8 (4242) 493585 (морские объекты);
  - Трубич М.Б. тел.: 8 (4242) 493531 (наземные объекты)
  - Ахренова Н.А. тел.: 8 (4242) 493534 (возмещение)
  - Ефимова В.Д. тел тел.: 8 984 131 84 56(возмещение)
9. Доведение до сведения работников настоящего распоряжения возложить на начальников управлений по обслуживанию и модернизации морских и наземных объектов Дзюбу Д.А. (морские объекты), Ильина В.И. (наземные объекты). Листы ознакомления предоставить руководителю службы охраны труда до 25.08.2023.
10. Контроль за исполнением пункта 6 настоящего распоряжения возложить на главного бухгалтера Титееву Н.В., контроль за исполнением пунктов 7,9 настоящего распоряжения возложить на И.о.руководителя службы охраны труда Трубич М.Б.
11. Начальнику контрактного отдела Лихачеву А.А. подготовить и направить до 25.08.2023 официальное письмо в адрес Заказчика с запросом о продлении сроков возмещения затрат указанных в п.4 на 01.09.2023 включительно.

12. Начальнику административного отдела Гладырь С.С. организовать ознакомление с распоряжением причастных к его исполнению лиц в трехдневный срок с даты его подписания.

Приложения:

1. Перечень лицензированных медицинских учреждений;
2. Форма согласия пациента на обработку персональных данных (для взрослых);
3. Форма заявления к авансовому отчету;
4. Форма реестра к авансовому отчету.

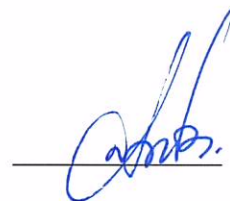
Временно исполняющий обязанности  
Директора Общества ООО «СМНМ-ВИКО, ИСК



И.А. Жданов

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель Генерального директора-  
Председателя Правления по техническому  
обслуживанию и модернизации объектов  
нефтегазодобывающего комплекса



В.К. Досычев

Начальник юридической службы



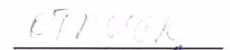
Е.Г. Альтгаузин

Советник Генерального директора -  
Председателя Правления по Корпоративному  
управлению



П.П. Орешкин

Главный бухгалтер



Н.В. Титеева

Начальник контрактного отдела



А.А. Лихачев

Заместитель Генерального директора-  
Председателя Правления по экономике и  
финансам



Н.Б. Кузьменко

И.о. Руководителя службы охраны труда



М.Б. Трубич



Н.В. Титеева




А.А. Лихачев



М.Б. Трубич



Д.А. Дзюба



В.И. Ильин

Исп. Ахренова Н.А,

E-mail: [Nina.Akhrenova@smnm-veco.com](mailto:Nina.Akhrenova@smnm-veco.com)

Тел.: (4242) 49 35 34

1. Перечень лицензированных медицинских учреждений:

Клиника	Адрес	Сроки и условия
ISOS	г. Южно-Сахалинск, ул. Милицейская, 7/1	Будние дни: с 10:00 до 16:00, готовность – сразу же
Гемотест	г. Южно-Сахалинск, пр. Победы, 59, пом. 7	Будние дни: с 07:30 до 19:00, Выходные: с 08:00 до 14:00, готовность – через 15 минут
Инвитро	г. Южно-Сахалинск, ул. Победы, 76	Будние дни: с 07:30 до 20:00, Суббота: с 08:00 до 15:00, Воскресенье: с 9:00 до 15:00, готовность – через 1 час
Семейная Клиника	г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 21А	Будние дни: с 08:00 до 9:30, готовность – через 30 минут

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных (для взрослых)**

Я \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

(серия и номер)

(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

\_\_\_\_\_ (наименование компании и адрес)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; семейное положение; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; контактные телефоны и адрес электронной почты; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования и полиса ДМС (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; фото/видеоизображение; место работы и должность. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, а также я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета. Оператор имеет право: - при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения; - с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, предоставлять, передавать мои персональные данные страховым медицинским организациям, медицинским организациям, органам управления здравоохранения, должностным лицам моего работодателя

\_\_\_\_\_ (наименование компании),

а также оператору проекта моего работодателя

\_\_\_\_\_ (наименование оператора проекта),

ассистанс центру (при организации направления на лечение или медицинской эвакуации), при условии, что указанные предоставление, передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, уничтожение, иные действия, предусмотренные законодательством следующими способами: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_

(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

Временно исполняющий  
обязанности Директора Общества  
ООО «СМНМ-ВИКО, ИСК  
И.А. Жданов

ОТ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_

(должность, профессия)

\_\_\_\_\_

(Участок, Группа, подразделение)

## Заявление

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(ФИО) (дата) (подпись)

## Реестр к Авансовому отчету

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(табельный номер)

сдал авансовый отчет по оплате \_\_\_\_\_  
(наименование авансового отчета)

В Южно-Сахалинск \_\_\_\_\_

(указать место сдачи авансового отчета)

### Документы, составляющие авансовый отчет:

№ п/п	наименование документа	дата	номер документа	сумма

В количестве \_\_\_\_\_ приложений на общую сумму \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

Сдал " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " 202\_г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)