Утверждено приказом главного врача КГБУЗ «Бикинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ 138 от 28.12.2015г.

|  |  |
| --- | --- |
| КГБУЗ "Бикинская центральная районная больница" министерства здравоохранения Хабаровского края | Форма разработана согласно Федеральному закону №152-ФЗ "О персональных данных" от 27 июля 2006г. |

Согласие на обработку персональных данных Работников

Я, ,

(Ф.И.О.)

настоящим даю свое согласие на обработку КГБУЗ «Бикинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - Учреждение) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для цели обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия работникам в трудоустройстве, получении образования и продвижении по службе, обеспечения личной безопасности работников, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества. Распространяется на следующую информацию:

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес по прописки (страна, регион, район, город, населенный пункт, улица, дом, квартира, почтовый индекс, код НО, классификатор), адрес фактического проживания, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), табельный номер, идентификационный номер, статус гражданина, информация о детях и иждивенцах (фамилия, имя, отчество, дата рождения, возраст, родство, категория, инвалидность, вычеты), вычеты НДФЛ (вид вычета, дата начала, дата окончания, сумма), информация о приеме на работу, перемещении по должности, увольнении, должность, количество рабочих часов, размер оклада, размер аванса, размер компенсации, месяц оплаты, основание выплаты, период, расчетные данные, документ (основание выплаты), номер лицевой карточки (тип карточки, счет банка, номер СКС, срок действия), лицевой счет, сумма выплат, индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счёта, информация об образовании (наименование образовательного учреждения, сведения о документах, подтверждающие образование: наименование, номер, дата выдачи, специальность), телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), семейное положение и состав семьи (муж/жена, дети), форма допуска, данные о трудовом договоре (номер трудового договора, дата его заключения, дата начала и дата окончания договора, вид работы, срок действия договора, наличие испытательного срока, режим труда, длительность основного отпуска, длительность дополнительного отпуска, длительность дополнительного отпуска за ненормированный рабочий день, обязанности работника, дополнительные социальные льготы и гарантии, номер и число изменения к трудовому договору, характер работы, форма оплаты, категория персонала, условия труда, продолжительность рабочей недели, система оплаты, ставки), информация о трудовой деятельности до приема на работу, информация о трудовом стаже (место работы, должность, период работы, причины увольнения), сведения о воинском учете (категория запаса, воинское звание, категория годности к военной службе, информация о снятии с воинского учета), данные об аттестации работников, данные о повышении квалификации, данные о наградах, медалях, поощрениях, почетных званиях, информация о болезнях, информация о негосударственном пенсионном обеспечении.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы исключительно для достижения указанных выше целей.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, инициалы) | (подпись) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. |  |

Утверждено приказом главного врача КГБУЗ «Бикинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ 138 от 28.12.2015г.

|  |  |
| --- | --- |
| КГБУЗ "Бикинская центральная районная больница" министерства здравоохранения Хабаровского края | Форма разработана согласно Федеральному закону №152-ФЗ "О персональных данных" от 27 июля 2006г. |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, проживающий по адресу **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** паспорт **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_,** выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** подтверждаю свое согласие на обработку **КГБУЗ "Бикинская центральная районная больница" министерства здравоохранения Хабаровского края,** (далее Оператор) моих персональных данных или персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно - восстановительного лечения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ, ПФР), связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной \_\_**.\_\_.\_\_\_\_** и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись субъекта персональных данных)