Приложения №1

к Положению о защите

 персональных данных

 в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО представителя субъекта персональных данных)

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата выдачи) (кем выдан)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

  (адрес регистрации)

являюсь представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – субъект ПДн),

 ФИО субъекта персональных данных

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата выдачи) (кем выдан)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

  (адрес регистрации)

 на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.,

 (наименование документа, подтверждающие полномочия представителя)

выданного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (кем выдан)

подтверждающего мои полномочия представителя субъекта персональных данных, и в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие, данное ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ» (далее — Оператор), находящееся по адресу: 309186, Белгородская область, Губкинский р-н, г. Губкин, ул. Чайковского, 20, на обработку персональных данных (сведений), обо мне и о субъекте ПДн, включающих: Ф,И, О, пол, дата и место рождения, дата смерти, место жительства, домашний телефон, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, данные о месте работы, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведения о социальном положении ( в том числе о наличии инвалидности, выходе на пенсию, о социальных льготах, возрастной группе), сведения о договоре обязательного медицинского страхования (страховщик, номер, дата заключения, срок действия договора: серия и номер, дата выдачи, срок действия полиса ОМС), об обращении за медицинской помощью, включая сведения, содержащиеся в медицинской документации, данные о медицинской организации, принадлежности к приписному населению медицинской организации, враче, виде медицинской помощи, периоде лечения, коде медицинской услуги, количестве услуг/койко-дней, диагнозе, исходе лечения, стоимости оказанных медицинских услуг, которые обрабатываются в соответствии с законодательством в целях организации обеспечения меня бесплатной медицинской помощью, соблюдения законов и иных нормативных правовых актов об обязательном медицинском страховании, реализации национальных проектов в сфере здравоохранения, исполнения договоров обязательного медицинского страхования, в соответствии с которыми являюсь застрахованным, и договоров об оказании медицинских услуг, оказываемых по программам обязательного медицинского страхования, иных сведений, требуемых законодательством в области здравоохранения.

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

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных субъекта ПДн вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных субъекта ПДн от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования илечения.

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных субъекта ПДн соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все персональные данные субъекта ПДн, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Настоящее согласие действует до момента достижения целей обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Приложения №2

к Положению о защите

 персональных данных

 в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»

Согласие на обработку персональных данных (работник)

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО представителя субъекта персональных данных)

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата выдачи) (кем выдан)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

  (адрес регистрации)

являюсь представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – субъект ПДн),

 ФИО субъекта персональных данных

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата выдачи) (кем выдан)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

  (адрес регистрации)

 на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.,

 (наименование документа, подтверждающие полномочия представителя)

выданного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (кем выдан)

подтверждающего мои полномочия представителя субъекта персональных данных, и в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие, данное ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ» (далее — Оператор), находящееся по адресу: 309186, Белгородская область, Губкинский р-н, г. Губкин, ул. Чайковского, 20, на обработку персональных данных (сведений), обо мне и о субъекте ПДн, включающих: Ф,И, О, пол, дата и место рождения, место жительства, домашний телефон, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведения о социальном положении ( в том числе о наличии инвалидности, выходе на пенсию, о социальных льготах, возрастной группе), сведения об образовании и профессиональной переподготовке, повышению квалификации, профессия, занимаемая должность, стаж работы, банковские реквизиты для зачисления денежных средств, сведения о воинском учете, состав семьи, семейное положение

 **в целях** содействия в трудоустройстве; заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений; получение образования и продвижения по службе; контроля количества и качества выполняемой мной работы.

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

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «о Персональных данных», в соответствии с которым обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения трудового договора стороной в котором я являюсь, может осуществляться ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ» без моего дополнительного согласия.

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

Настоящее согласие действует до момента достижения целей обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Приложения №3

к Положению о защите

 персональных данных

 в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»

 O6ластному государственному бюджетному учреждению

 здравоохранения «Губкинская центральная районная

 больница» (ОГБУЗ «Гvбкинская ЦРБ»)

 адрес: г. Губкин, ул. Чайковского, д.20.

 ОГРН 1023102264107, ИНН 3127003015, ОКВЭД 86.1

 ОКПО 01917812, ОКФС 13, ОКОГУ 2300229.

 Телефон/факс: 8( 47241 )7-65-54/7-59-44

 электронной почты: gubcrb@zdrav31.ru

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. субъекта персональных данных)

 адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных,
разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руководствуясь статьями 9, 10, 10.1, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» заявляю о согласии на распространение моих персональных данных, с *целью размещения информации обо мне на официальном сайте, группах в социальных сетях ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»; содействия в трудоустройстве; заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений; получения образования и продвижения по службе; обеспечения моей безопасности; контроля количества и качества выполняемой мной работы; обеспечения сохранности имущества работодателя; создания внутренних справочников, профсоюзной деятельности,* в следующем порядке:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешение к распространению (да/нет) | Условия и запреты |
| Персональные данные | фамилия | (да/нет) |  |
| имя | (да/нет) |  |
| Отчество (при наличии) | (да/нет) |  |
| год рождения | (да/нет) |  |
| месяц рождения | (да/нет) |  |
| дата рождения | (да/нет) |  |
| место рождения | (да/нет) |  |
| гражданство | (да/нет) |  |
| адрес регистрации и фактического проживания | (да/нет) |  |
| данные документа, удостоверяющего личность | (да/нет) |  |
| сведения об образовании, реквизиты документа об образовании, профессии, специальности и квалификации, профессиональной переподготовке | (да/нет) |  |
| семейное положение | (да/нет) |  |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | (да/нет) |  |
| идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | (да/нет) |  |
| сведения о трудовой деятельности, занимаемых должностях | (да/нет) |  |
| стаж работы | (да/нет) |  |
| научные работы, научная степень | (да/нет) |  |
| банковские реквизиты для зачисления денежных средств | (да/нет) |  |
| номер телефона | (да/нет) |  |
| адрес электронной почты | (да/нет) |  |
| Другая информация, относящаяся к субъекту персональных данных (при необходимости) | (да/нет) |  |
| Специальные персональные данные | состояние здоровья | (да/нет) |  |
| сведения о судимости | (да/нет) |  |
| сведения о воинском учете | (да/нет) |  |
| Биометрические персональные данные | Цветная цифровая фотография (фотографическое изображение лица) | (да/нет) |  |
| видеоизображение | (да/нет) |  |

 Сведения об информационных ресурсах *ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»,* посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными:

|  |  |
| --- | --- |
| Информационный ресурс в сети Inteгnet | Действия с персональными данными |
| *https://vk.com/gv\_krotova; https://vk.com/gubcrb; https://ok.ru/ogbuzgubk; https://ok.ru/profile/582424526259; https://gubkin-crb.gosuslugi.ru/* | *Предоставление сведений неограниченному кругу лиц* |
| Информационные стенды, расположенные в холлах *ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»* |
| Информационные, телефонные справочники *ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»* |

 Целью обработки персональных данных является (нужное подчеркнуть):

 -осуществление санитарно-просветительской деятельности,

 -информационное обеспечение образовательной, исследовательской и организационной деятельности Оператора,

 -иные цели:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с момента его подписания до

момента направления письменного отзыва данного согласия на обработку персональных

данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

 Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные.

 В случае получения требования, Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Подпись субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Подпись Ф.И.О.

Приложения №4

к Положению о защите

 персональных данных

 в ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»

**Отзыв согласия на обработку персональных данных**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование оператора

\_\_\_\_\_Белгородская обл., г. Губкин, ул. Чайковского, д.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес оператора

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

Ф.И.О. субъекта персональных данных

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

Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных

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

Номер основного документа, удостоверяющего его личность

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

Дата выдачи указанного документа

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

Наименование органа, выдавшего документ

Заявление.

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину)

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

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)