



Непубличное акционерное общество «Наука»
ИНН: 6168054303, ОГРН: 1036168012913, КПП: 616201001
Лицензия МЗ РО № ЛО-61-01-004123 от 4 февраля 2015 г.
344034, г. Ростов-на-Дону, ул. Загорская, 23а
+7 8633081823 info@labnauka.ru

ПРИКАЗ

01.07.2015г.

№ 29/3.

г. Ростов-на-Дону

Об утверждении форм согласий на обработку персональных данных работников, пациентов Непубличного акционерного общества «Наука»

В соответствии со статьями 6, 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» об условиях обработки персональных данных (далее - ПДн) и требованиях к согласию субъекта на обработку его ПДн п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить согласия на обработку персональных данных оператором – Непубличным акционерным обществом «Наука» (далее – НАО «Наука»):

- работников (Приложение № 1);
- пациентов или их законных представителей (Приложение № 2);
- пациентов или их законных представителей, получающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС (Приложение №3).

2. Специалисту по кадрам В.В. Тяглой, руководителям структурных подразделений, осуществляющих прием пациентов, руководствоваться данными формами согласий при организации приема на работу сотрудников или оформлении документов пациентов.

3. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Генеральный директор

д.б.н., профессор



Т.П. Шкурат

СОГЛАСИЕ

работника на обработку персональных данных НАО «Наука»

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (адрес)

паспорт № _____, выдан (кем) _____

_____ (дата выдачи)

настоящим даю свое согласие на обработку Непубличным акционерным обществом «Наука» (далее НАО «Наука») моих персональных данных, к которым относятся:

1. Паспортные данные: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; кем и когда выдан паспорт; серия и номер паспорта; пол; адрес места жительства (регистрации).
2. Фотография (для оформления банковской карты зарплатного проекта и личной карточки).
3. Данные страхового номера индивидуального лицевого счета СНИЛС.
4. Анкетные данные, предоставленные мною при поступлении на работу или в процессе работы (в том числе - автобиография, сведения о семейном положении, перемене фамилии, наличии детей и иждивенцев).
5. Данные документа воинского учета¹: сведения о воинском учете (категория учета, воинское звание, состав (профиль), полное значение ВУС, категория годности к военной службе, наименование военного комиссариата по месту жительства, состояние на воинском учете, в том числе сведения о снятии с воинского учета, о постановке на воинский учет).
6. Данные о наличии или отсутствии судимости².
7. Документы (ксерокопии документов) об образовании, профессиональной переподготовке, аттестации, повышении квалификации, стажировке, присвоении ученой степени, ученого звания (если таковые имеются).
8. Данные документов о прохождении мной аттестации, собеседования, повышения квалификации, результатов оценки и обучения.
9. Данные о получении ученой степени (наименование ученой степени, отрасль науки, дата присуждения ученой степени, сведения о дипломе, его номер и серия).
10. Данные о получении ученого звания (наименование ученого звания, серия и номер аттестата, отрасль науки, дата присвоения ученого звания).
11. Сведения об образовании.
12. Данные о специальности, квалификации, образовании.
13. Сведения о должности, перемещениях в период трудовой деятельности.
14. Сведения о владении иностранным языком.
15. Табельный номер.
16. Идентификационный номер налогоплательщика ИНН.
17. Данные трудового договора и соглашений к нему.
18. Сведения о составе семьи, необходимые для предоставления мне гарантий и компенсаций, установленных действующим законодательством.
19. Сведения, дающие право на получение дополнительных социальных гарантий и льгот, на которые я имею право в соответствии с действующим законодательством;
20. Фактический адрес места жительства.
21. Номера телефонов (домашний, служебный).
22. Сведения о заработной плате (месячной тарифной ставке, премии, доплатах и надбавках, др. выплатах, связанных с трудовыми отношениями).
23. Сведения о поощрениях и наградах.
24. Сведения о взысканиях (наказаниях).
25. Данные иных документов, которые с учетом специфики работы и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены мною при заключении трудового договора или в период его действия³.

¹ Только для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу.

² Только для материально ответственных лиц.

³ Например, медицинские заключения, при прохождении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров и т.д.

**Информированное добровольное согласие субъекта персональных данных
на обработку его персональных данных**

г.Ростов-на-Дону _____ 20__ г.

(ф.и.о. субъекта)

(адрес места жительства субъекта)

(номер телефона субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____
дата выдачи _____, именуемый в дальнейшем «Субъект», и /или его законный представитель

(ф.и.о. его законного представителя субъекта)

(адрес места жительства его законного представителя субъекта)

(номер телефона законного представителя субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____ дата выдачи _____,
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя
(при получении согласия от представителя субъекта персональных данных),
именуемый в дальнейшем «представитель субъекта», даю информированное добровольное согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего представляемого оператору обработки Непубличному акционерному обществу «Наука» (НАО «Наука»),

расположенному и зарегистрированному по адресу: 344034, г. Ростов-на-Дону, ул. Загорская 23а, действующему на основании Устава, Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 61 №002029958 от 29 октября 2004 г., выданного Инспекцией МНС России по Советскому району г. Ростова-на-Дону за государственным регистрационным номером 2046168013593, с присвоением Основного государственного регистрационного номера 1036168012913, ИНН 6168054303, Лицензии № ЛО-61-01-004123 от 04 февраля 2015 г., выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, расположенному по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д.33, тел. 8(863)242-41-09 в лице генерального директора Шкурат Татьяны Павловны, именуемое в дальнейшем «Оператор», и другим медицинским организациям, с целью оказания медицинских услуг и охраны моего здоровья, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. От 21.07.2014) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. В силу с 01.09.2015).

Перечень персональных данных, на совершение которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, возраст, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт субъекта, медицинская информация субъекта, фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт представителя субъекта.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:
обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: 75 лет.

«Субъект» согласен на получение результатов исследования по электронной почте при наличии в запросе персональных данных субъекта (ф.и.о.) и регистрационного номера.

«Да» _____ «Нет» _____
подпись субъекта подпись субъекта

Мой номер телефона _____ является моим личным идентификатором для подтверждения моей личности при получении ответов анализов по телефону.

Я согласен(а) на предоставление мне рекламной информации по предоставленному мною номеру телефона от НАО «Наука».

«Да» _____ «Нет» _____
подпись субъекта подпись субъекта

Подпись субъекта _____

Подпись законного представителя _____

**Информированное добровольное согласие субъекта персональных данных
на обработку его персональных данных, получающих медицинскую помощь в рамках
программы ОМС.**

г.Ростов-на-Дону _____ 20__ г.

(ф.и.о. субъекта)

(адрес места жительства субъекта)

(номер телефона субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____ дата выдачи _____,
именуемый в дальнейшем «Субъект», и его законный представитель

(ф.и.о. его законного представителя субъекта)

(адрес места жительства его законного представителя субъекта)

(номер телефона законного представителя субъекта)

Паспорт № _____ серия _____ Выдан _____ дата выдачи _____

_____, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя субъекта персональных данных),
(при получении согласия от представителя субъекта персональных данных),
именуемый в дальнейшем «представитель

субъекта», даю информированное добровольное согласие на обработку моих персональных данных моего представляемого оператору обработки Непубличному акционерному обществу «Наука» (НАО «Наука»), расположенному и зарегистрированному по адресу: 344034, г. Ростов-на-Дону, ул. Загорская 23а, действующему на основании Устава, Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 61 №002029958 от 29 октября 2004 г., выданного Инспекцией МНС России по Советскому району г. Ростова-на-Дону за государственным регистрационным номером 2046168013593, с присвоением Основного государственного регистрационного номера 1036168012913, ИНН 6168054303, Лицензии № ЛО-61-01-004123 от 04 февраля 2015 г., выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, расположенному по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д.33, тел. 8(863)242-41-09 в лице генерального директора Шкурат Татьяны Павловны, именуемое в дальнейшем «Оператор», медицинской организации, в которой субъект сдает биоматериал, страховой компании субъекта, ТФОМС, с целью охраны моего здоровья, оказания и оплаты медицинских услуг, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. От 21.07.2014) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. В силу с 01.09.2015).

Перечень персональных данных, на совершение которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, возраст, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт субъекта, медицинская информация субъекта, фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, номер телефона, номер, серия, кем и когда выдан паспорт представителя субъекта.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: обработка персональных данных - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: 75 лет.

«Субъект» согласен на получение результатов исследования по электронной почте при наличии в запросе персональных данных субъекта (ф.и.о.) и регистрационного номера.

«Да» _____ «Нет» _____
подпись субъекта подпись субъекта

Мой номер телефона _____ является моим личным идентификатором для подтверждения моей личности при получении ответов анализов по телефону.

Я согласен(а) на предоставление мне рекламной информации по предоставленному мною номеру телефона от НАО «Наука».

«Да» _____ «Нет» _____
подпись субъекта подпись субъекта

Подпись субъекта _____

Подпись законного представителя _____