

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города Краснодара" министерства здравоохранения
Краснодарского края**

П Р И К А З

« 30 » 09 _____ 20 20 года

№ 215

г. Краснодар

**Об утверждении типовых форм согласий на обработку персональных
данных**

В целях исполнения требований Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить типовые формы согласий субъектов персональных данных на обработку персональных данных, указанные в приложениях.

2. Ответственному за организацию обработки персональных данных определить необходимость сбора согласий работников Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара" министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – Учреждение) на обработку персональных данных, указанных в приложениях. Организовать сбор указанных согласий. Ознакомить работников Учреждения, участвующих в обеспечении сбора согласий на обработку персональных данных работников Учреждения с настоящим приказом.

3. Ответственному за организацию обработки персональных данных организовать хранение согласий на обработку персональных данных работников Учреждения и их детей в личных делах работников.

4. Ответственному за организацию обработки персональных данных определить необходимость сбора согласий субъектов персональных данных, не являющихся работниками Учреждения указанных в приложениях. Организовать сбор и хранение указанных согласий в соответствующих структурных подразделениях Учреждения, взаимодействующих с данными субъектами. Ознакомить работников Учреждения, участвующих в обеспечении сбора согласий на обработку персональных данных субъектов персональных данных, не являющихся работниками Учреждения с настоящим приказом.

5. Ответственному за организацию обработки персональных данных организовать хранение согласий на обработку персональных данных субъектов

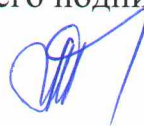
персональных данных, не являющихся работниками Учреждения в соответствующих структурных подразделениях Учреждения, участвующих в обеспечении сбора указанных согласий.

6. Признать утратившим силу приказ от 7 июня 2016 № 198 «Об утверждении форм согласий на обработку персональных данных».

7. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

8. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Главный врач



Т.В. Диденко

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от « 30 » 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных субъекта

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул .
им Гоголя, 91, на обработку моих персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от « 20 » 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных ребёнка работника

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул.
им Гоголя, 91, на обработку персональных данных моего ребёнка
_____, законным представителем
которого я являюсь, а именно:

ФИО

Адрес

Образование

*Дата рождения**Пол**Данные свидетельства о**Место рождения**рождении*

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях: выплаты пособия на ребёнка; получения налогового вычета по НДФЛ; предоставления бухгалтерской и статистической отчётности; обеспечения соблюдения законов и иных правовых актов.

Даю свое согласие ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК на передачу (включая предоставление, доступ) с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств вышеуказанных персональных данных моего ребёнка третьему лицу, а именно: в налоговые инспекции, органы социального страхования с целью соблюдения законов и иных правовых актов, а также:

(указать третьих лиц при необходимости)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение исполнения мной трудовых обязанностей (срока действия трудового контракта), а также в течении 5 лет после прекращения действия трудового контракта.

Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего

письменного заявления.

« ____ » _____ 2020 года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от «30» 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

субъекта на передачу его персональных данных третьей стороне

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
по адресу, _____

Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных» даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул.
им Гоголя, 91, на передачу моих персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

Для обработки в целях:

(указать цели обработки)

Следующим лицам:

(указать Ф.И.О., адрес физического лица или наименование и адрес организации, которым сообщаются данные)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от «30» 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных субъекта (общая форма)

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул .
им Гоголя, 91, на обработку моих персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

а также специальные категории персональных данных и биометрические персональные данные:

(перечислить специальные категории персональных данных и биометрические данные)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

а также передача следующих персональных данных:

(перечислить категории передаваемых персональных данных)

для обработки в целях:

(указать цели обработки)

следующим лицам:

(указать Ф.И.О., адрес физического лица или наименование и адрес организации, которым сообщаются данные)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных

данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от « 30 » 09 2020 года № 015

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

субъекта на получение его персональных данных у третьей стороны

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
по адресу, _____

Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул.
им Гоголя, 91, на получение моих персональных данных у третьей стороны, а
именно:

(указать третьих лиц)

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края

от « 30 » 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

субъекта на обработку его биометрических персональных данных

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных» даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул .
им Гоголя, 91, на обработку моих биометрических персональных данных, а
именно:

фотография

изображение сетчатки глаза

отпечатки пальцев

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

УТВЕРЖДЕНО
приказом Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения "Городская
поликлиника №4 города
Краснодара" министерства
здравоохранения Краснодарского
края
от « 30 » 09 2020 года № 215

Главному врачу
ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ
КК

Т.В. Диденко

СОГЛАСИЕ

субъекта на трансграничную передачу его персональных данных

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу, _____
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных
данных» даю согласие Государственному бюджетному учреждению
здравоохранения "Городская поликлиника №4 города Краснодара"
министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по
адресу 350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул .
им Гоголя, 91, на трансграничную передачу моих персональных данных:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

на территорию иностранного государства, не обеспечивающего адекватной защиты прав субъектов персональных данных:

(указать страну адресат, подразделение (филиал) организации или наименование и адрес сторонней организации, которым сообщаются данные)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГП №4 г. Краснодара" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение _____ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 2020 года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Оператор ЭВ и ВМ

А.В. Цилинко