

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ - ЮГРА**  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

**АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ**  
**«УРАЙСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

**П Р И К А З**

«09» февраля 2018 г.

№ 78

г. Урай

О внесении изменений  
и дополнений  
в приказ № 9  
от 11.01.2016

На основании протокола совещания по вопросу взаимодействия подразделений по вопросам миграции территориальных органов МВД России на районном уровне, подчиненных УМВД России по ХМАО-Югре, и медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 23 января 2018 года

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в Приложение № 1 к приказу главного врача АУ «Урайская городская стоматологическая поликлиника» от 11 января 2016 года № 9 «Об утверждении Порядка предоставления государственной услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов отдельным категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в АУ «Урайская городская стоматологическая поликлиника»» следующие дополнения:

1.1. Пункт 3.4. раздела 3 «Последовательность и сроки выполнения процедур, требования к порядку их выполнения, в том числе особенности выполнения процедур в электронном виде» дополнить пунктом следующего содержания:

«направляет запросы в отдел по вопросам миграции ОМВД России по г. Ураю, в отношении лиц, указанных в п. п. 1.1.17, 1.1.18 раздела 1 настоящего Порядка, проживающих в частных домовладениях, в целях проверки сведений, о количестве лиц, совместно проживающих с заявителем. Запросы направляются при наличии согласия на обработку персональных данных лиц, в отношении которых запрашиваются вышеназванные сведения».

1.2. Вышеуказанное дополнение считать п. 3.4.2., последующие пункты изменить в порядке возрастания.

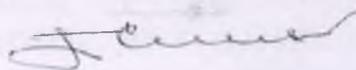
1.3. Дополнить Порядок приложением № 4, в редакции приложения № 1 к настоящему Приказу.

1.4. Дополнить Порядок приложением № 5, в редакции приложения № 2 к настоящему приказу.

2. Секретарю руководителя Шаповаловой Ю.С. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

3. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Г.П. Силантьева

Приложение № 1  
к приказу № 48 от « 09 » февраля 2018г.

№ очереди \_\_\_\_\_

Главному врачу

Дата приема \_\_\_\_\_

АУ «Урайская городская  
стоматологическая поликлиника»

Согласование:

Г.П. Силантьевой

Изготовление зубных протезов за последние два  
календарных года:  да /  нет  
20\_\_ г.

от \_\_\_\_\_  
(фамилия)

Экономист:

\_\_\_\_\_

(имя)

\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

\_\_\_\_\_

(отчество)

Юрисконсульт \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Проживающего (ей) по адресу:

г. Урай

Дата рассмотрения заявления

м-он (ул.) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Заведующий ортопедическим отделением

Контактный тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

**\*Способ получения ответа: (Одно нужное отметить)**

- направить по указанному адресу почтовой корреспонденцией  
 нарочно, уведомив о готовности письменного ответа по телефону  
 по электронной почте, в случае поступления заявления по электронной почте

### Заявление

Прошу поставить меня в очередь на льготное зубопротезирование.

Документ, предоставляющий право на льготное зубопротезирование:

Пенсионное удостоверение (трудовая книжка, сведения о факте постоянного проживания на территории ХМАО-Югры не менее 10 лет, сведения о количестве лиц, совместно проживающих с заявителем)

Сведения о количестве лиц совместно проживающих со мной:

1. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. с указанием родственной связи, дата рождения)

2. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. с указанием родственной связи, дата рождения)

3. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. с указанием родственной связи, дата рождения)

4. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. с указанием родственной связи, дата рождения)

Подтверждаю, что за последние два календарных года в Учреждении услугой бесплатного зубопротезирования не пользовался.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

\_\_\_\_\_

(подпись)

\*Письменный ответ заявителем будет получен только в случае отказа в постановке в очередь. При постановке в очередь на льготное зубопротезирование заявителя уведомят по телефону о дате приема.

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я (далее – Субъект), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид документа)

выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

даю согласие автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Урайская городская стоматологическая поликлиника», зарегистрированному по адресу: ХМАО-Югра, г. Урай, м-он 2, д. 31 (далее – Оператор), на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных Субъекта исключительно в целях предоставления меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- паспортные данные;
- контактный телефон (домашний, сотовый, рабочий)
- фактический адрес проживания;
- адрес размещения офиса;
- прочие.

3. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

4. Субъект дает согласие на запрос дополнительной информации из Отдела по вопросам миграции ОМВД России по г. Ураю в целях получения сведений о количестве зарегистрированных совместно с ним граждан.

5. Настоящее согласие действует бессрочно.

6. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением Субъекта персональных данных.

7. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 4 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(подпись)

ФИО