



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ РАБОТНИКОВ НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
**БЕЛГОРОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОЮЗА
РАБОТНИКОВ НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(БЕЛГОРОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЩЕРОССИЙСКОГО ПРОФСОЮЗА ОБРАЗОВАНИЯ)
308009, г. Белгород, Народный бульвар, д. 55, каб. 412, тел.: +7 (4722) 27-65-19, <https://www.belprofobraz.ru>, E-mail: obkom@belprofobraz.ru
ОКПО 02615243 ОГРН 1023100017071 ИНН/КПП 3125016971/312301001

«23» апреля 2024г. № 146

**Председателям
организаций Профсоюза**

Уважаемые коллеги!

Направляем Вам информацию по летнему оздоровлению и отдыху членов Профсоюза на базе АО «Санаторий Киев» г. Алушта (Республика Крым) в 2024 году.

Просим своевременно сообщать о сроках заезда ваших работников, соблюдать квоту (**3 человека на 1000 членов Профсоюза**).

Льготные путевки членам Профсоюза выделяются не чаще одного раза в 3 года.

Приложение: график заездов – в 1 экз. на 1 листе
образец заявки – в 1 экз. на 1 листе

**Председатель
Белгородской региональной организации
Общероссийского Профсоюза образования**

Е.Г. Тишина

**График
заездов в АО «Санаторий Киев» г. Алушта на 2024 год**

№ заезда	Даты заезда
1	17.06. - 27.06.
2	27.06. - 07.07.
3	07.07. - 17.07. семинар-совещание молодежного Совета
4	17.07. - 27.07.
5	27.07. - 06.08.
6	06.08. - 16.08.
7	16.08. - 26.08.
8	26.08. - 05.09.
9	05.09. - 15.09.

Примечание:

Расчетный час: заезд с **13.00**, выезд до **10.00**

Количество дней оздоровления – **10**.

В стоимость входит проживание, 3-х разовое (заказное) питание.

Размещение в номерах «Стандарт» 1, 2 и 5 корпус.

Стоимость размещения:

место в 2-комнатном 2-местном номере – 4800,00 руб./сутки, доп. место – 2800,00 руб./сутки

место в 1-комнатном 2-местном номере – 2800,00 руб./сутки

место в 1-комнатном 3-местном – 2800,00 руб./сутки

Взрослый на доп. месте (кресло-кровать) с питанием – 2240,00 руб./сутки

Дети до 5-ти лет без места, без питания – бесплатно.

Дети до 5-ти лет без места с питанием – 1000,00 руб./сутки.

Дети с 5-ти до 14-ти лет доп. место (кресло-кровать) с питанием – 1960,00 руб./сутки

Дети с 14-и до 18-ти лет доп. месте (кресло-кровать) с питанием – 2100,00 руб./сутки

Льгота по оплате стоимости путевки для членов отраслевого Профсоюза – 50%, для детей до 12 лет – 40%.

Для членов семьи (муж, жена), не состоящих в Общероссийском Профсоюзе образования, детей старше 12 лет оплата в полном размере.

Проезд в АО «Санаторий Киев» осуществляется **самостоятельно (Республика Крым, г. Алушта, ул. Комсомольская, 20)**

СПИСОК

членов профсоюза, выезжающих в г. Алушта АО «Санаторий Киев» от (наименование организации Профсоюза)

с «___» _____ 2024г.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Число, месяц, год рождения	Данные паспорта, свидетельства о рождении (серия, номер)	Адрес по прописке	№ мобильного телефона	Членство в профсоюзе (да\нет)	Примечание

Председатель организации Профсоюза

(подпись)

Ф.И.О.

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «САНАТОРИЙ КИЕВ»

298510, г. Алушта Комсомольская, д. 20

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ АО «САНАТОРИЙ КИЕВ»

Я, (Ф.И.О. полностью) _____,

Проживающий по адресу (место регистрации): _____

Паспорт (серия и номер) _____, дата выдачи _____ название выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в АО «Санаторий Киев» моих 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), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - 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, а так же даю согласие на аудиозапись и видеозапись меня и прибывших со мной несовершеннолетних лиц, включая осуществление обработки, хранения результатов аудиозаписи и видеосъемки.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или каналов связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. 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 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной (дата) “ _____ ” _____ 202__ г. действует бессрочно.

Подпись _____ Ф.И.О. _____

Личный телефон _____, телефон родственников _____

Подпись администратора: _____ Ф.И.О. администратора _____