**Набор документов для каждого слушателя для получения официального свидетельства о прохождении тематического усовершенствования**

**(врачи-специалисты)**

**Дополнительная информация на сайте**

[**www.mdgkb.com**](http://www.mdgkb.com) **раздел Обучение.**

**Необходимо прислать сканы всех указанных документов на электронный адрес**

[**vip-dzm@mail.ru**](mailto:vip-dzm@mail.ru)**, Витковская Ирина Петровна 8-926-285-89-24.**

1. Согласие на обработку персональных данных (в приложении).
2. Копию паспорта (с регистрацией).
3. Копию свидетельства о браке (если в документах прослеживается изменение фамилии).
4. Копию диплома об окончании высшего образования.

* Подтверждение диплома (+перевод) - для иностранных граждан

1. Копия документов о постдипломном образовании: прохождение ординатуры, аспирантуры, специализации, сертификационных циклов с предъявлением действующих сертификатов, усовершенствования по дополнительным профессиональным программам.
2. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).
3. Заявление на обучение(в приложении).

Наш обучающий цикл называется «Трудный диагноз» в педиатрии» и, при оплате, с отправкой к вышеуказанным документам скана квитанции или перевода через платежные системы on-line,1500 рублей, участники 1 педиатрического конгресса получат возможность получить официальное свидетельство о прохождении цикла профильного тематического усовершенствования.

**Реквизиты ГБУЗ "Морозовская ДГКБ ДЗМ" для оплаты:**

**Предпринимательская деятельность**

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

л/с 2605441000450549)

ИНН 7705039232

КПП 770501001

р/сч 40601810000003000002

Отделение 1 Москва

БИК 044583001

ОКТМО 45376000

№ КБК для оплаты обучения и получения сертификатов Морозовской ДГКБ

КБК 05430201020020000130



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы

«Морозовская детская городская клиническая больница

Департамента здравоохранения города Москвы»

**Согласие на обработку персональных данных**

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

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») персональных данных (ФИО, дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес по прописке, номера личных телефонов, контактная информация, информация об образовании, информация о трудовой деятельности, и размещение их в базах данных ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» для обработки персональных данных обучающихся.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время.

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Служебные отметки:

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

Ф.И.О. работника ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»,

получившего согласие подпись дата

**Главному врачу ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» Колтунову И.Е.**

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

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

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

паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия) (номер)

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

(кем и когда выдан)

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

**Заявление**

Прошу зачислить меня для обучения по программе дополнительного профессионального образования– тематическое усовершенствование по специальности «Педиатрия»: «Трудный диагноз» в педиатрии» продолжительностью18часов с«16»ноября 2015 г. по «17»ноября2015 г.

**Дата** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_