

ПОЛОЖЕНИЕ

о ключевых членах Самарской региональной общественной организации медицинских сестер

1. Общие положения

1.1. Ключевые члены избираются в учреждениях здравоохранения города Самары и Самарской области для создания двустороннего канала коммуникации между рядовыми членами и руководством Самарской региональной общественной организации медицинских сестер (далее – Организация).

1.2. Ключевые члены - это лица, выбранные членами Организации для представления их коллективных интересов. На каждые 100 членов Организации – 1 ключевой член, в Организациях численностью менее 100 – 1 ключевой член.

1.3. Ключевой член избирается из числа активных членов Организации, обладающих видением стратегии Организации, авторитетом, коммуникативными качествами, навыками педагога, умеющих вести переговоры, анализировать и решать проблемы.

1.4. Ключевой член избирается на общем собрании членов Организации учреждения здравоохранения сроком на 5 лет.

1.5. В Организацию предоставляется выписка из протокола общего собрания (Приложение № 1), Представление на ключевого члена (Приложение № 2).

1.6. Ключевой член приступает к своей деятельности с момента его утверждения на собрании Организации.

1.7. В своей работе руководствуется настоящим положением, Уставом, документами, регламентирующими деятельность Организации.

1.8. Координация деятельности ключевых членов осуществляется главной медицинской сестрой учреждения здравоохранения.

1.9. Поощрение наиболее активных ключевых членов, при условии отсутствия немотивированной задолженности по членским взносам и увеличении численности членов Организации, производится на основании решения Правления Организации.

2. Задачи ключевого члена

2.1. Усиление влияния рядовых членов на функционирование и выбор стратегии Организации.

2.2. Улучшение информированности Правления о проблемах рядовых членов Организации и возможность помощи в их решении.

2.3. Повышение авторитета Организации.

2.4. Ведение документооборота, связанного с движением членов Организации.

3. Компетенции ключевого члена

3.1. К компетенции ключевого члена относится:

3.1.1. соблюдение Устава Организации и положений, утвержденных Членами правления Организации;

3.1.2. соблюдение морально-этических и правовых норм сестринской практики;

3.1.3. осуществление двустороннего канала коммуникации в Организации;

3.1.4. представление (консультирование): членов перед Организацией, Организации перед членами;

- 3.1.5. представление интересов членов Организации перед другими организациями: СМИ, группами пациентов и другими;
 - 3.1.6. помощь членам с поиском необходимых источников поддержки;
 - 3.1.7. предоставление советов и поддержки, решение проблем членов Организации;
 - 3.1.8. организация встреч на рабочих местах по вопросам политики в сестринском деле;
 - 3.1.9. принятие жалоб и предложений, ответы на запросы членов Организации;
 - 3.1.10. информирование Правления Организации о проблемах, которые возникают у ее членов;
 - 3.1.11. привлечение новых членов к деятельности Организации и их удержание;
 - 3.1.12. проведение ежегодной сверки членов Организации;
 - 3.1.13. распространение информации о деятельности Организации, методической литературы, журналов;
 - 3.1.14. обновление информации о деятельности СРООМС на стенде «Наша сестринская ассоциация»;
 - 3.1.15. подготовка информации на сайт Организации;
 - 3.1.16. сверку финансовой отчетности по итогам года совместно с главной медицинской сестрой ЛПУ;
 - 3.1.17. контроль перечисления членских взносов не реже одного раза в квартал:
 - 3.1.17.1. взаимодействовать с руководителями среднего медицинского персонала отделений по своевременному предоставлению информации об увольнении или выбытии членов Организации;
 - 3.1.17.2. взаимодействовать с бухгалтерией ЛПУ (по протекции главной медицинской сестры) по предоставлению информации о перечислении членских взносов в Организацию.
- 3.2. Ведение документооборота, связанного с движением членов Организации:
 - 3.2.1. При вступлении претендента в ряды Организации, им собственноручно заполняется Заявление о вступлении (с Согласием на обработку персональных данных на обороте заявления) (Приложение №3). К заявлению на вступление в Организацию прикладывается Ведомость вступительных взносов членов Организации (Приложение №4). Одновременно сотрудник ЛПУ составляет Заявление главному врачу на отчисление членских взносов (Приложение №5).
 - 3.2.2. При выбытии членов из Организации пишется Заявление на выбытие из Организации и составляется Список вышедших из Организации (Приложение №6).
 - 3.2.3. При увольнении членов Организации из медицинской организации оформляется Список уволенных из медицинской организации (Приложение №7).
 - 3.2.4. При смене фамилии, имени, отчества члена Организации по факту подается информация в Организацию, в соответствии с Приложением №8.
 - 3.2.5. При уходе (выходе) в декретный отпуск членов Организации составляются списки из Приложения №9.
 - 3.2.6. При поступлении в медицинскую организацию членов Организации из другой медицинской организации, составляется Список поступивших из других медицинских организаций (Приложение №10). К списку прикладываются оригиналы Заявлений о подтверждении членства (Приложение №3).
 - 3.2.7. При передаче вступительных членских взносов, а также за тот или иной период, месяц (в случае выявления не взятых бухгалтерией, по той или иной причине) в Организацию наличными, заполняется Ведомость из Приложения №11.

- 3.3. Документы из пункта 3.2. (кроме личных заявлений, согласие на персональные данные и ведомости членских и вступительных взносов, которые передаются в оригиналах в течение 7 рабочих дней с даты указанной в личном заявлении) составляются ключевым членом, заверяются подписью руководителя среднего медицинского персонала в медицинской организации и передаются в офис Организации. Передавать сканы документов необходимо по факту события на электронную почту SROOMS2@MAIL.RU, оригиналы документов через руководителей отделений по согласованию, но не реже одного раза в месяц.
- 3.4. Копии документов из пункта 3.2 . Ключевой член хранит 3 года, финансовые 5 лет.

4. Права ключевого члена

Ключевой член имеет право:

- 4.1. Получать информацию о деятельности Организации.
- 4.2. Вносить предложения Правлению по вопросам, касающимся деятельности Организации.
- 4.3. Участвовать в мероприятиях, проводимых Организацией (в том числе в заседаниях комитетов Организации, Координационного совета).
- 4.4. Проводить собрания с членами Организации учреждения здравоохранения по информированию о деятельности Организации.

5. Ответственность

- 5.1. Ключевой член несет ответственность за нанесение вреда Организации в любой форме.

Приложение № 1
к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

ВЫПИСКА

Из протокола собрания от «__» _____ 20__ г.
членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
в _____ о выборах ключевых членов.
(ЛПУ, образовательное медицинское учреждение)

На собрании присутствовало _____ человек (число членов Организации
в ЛПУ, образовательном медицинском учреждении _____ человек)

Открытым голосованием выбраны ключевые члены (список прилагается)

№ п/п	Ф.И.О.	должность

Секретарь собрания

Ф.И.О.

Председатель собрания

(заместитель главного врача, главная медицинская сестра)

Ф.И.О.

**Представление на ключевого члена
Самарской региональной общественной организации медицинских сестер**

1. ФИО (полностью) _____
2. Должность _____
3. Место работы _____
(отделение, учреждение здравоохранения)
4. Служебный адрес _____
(индекс, город, улица, № дома, квартиры)
5. Член Организации _____
(с какого года)
6. Дата рождения _____
7. Образование _____
(название учебного заведения, год окончания, специальность)
8. Общий стаж работы _____
9. Стаж работы в занимаемой должности _____
10. Квалификационная категория _____
(год, какая, специальность)
11. Сертификат/аккредитация _____
(год, специальность)
12. Телефон рабочий _____
(код города, номер телефона)
13. Номер мобильного телефона _____
14. E-mail _____

Кандидатура ключевого члена избрана на общем собрании членов СРООМС _____
(дата)
_____ наименование ЛПУ

За - _____ человек

Против - _____ человек

Воздержалось - _____ человек

Секретарь собрания

И.О. Фамилия

Председатель собрания,
главная медицинская сестра

И.О. Фамилия

ЗАЯВЛЕНИЕ
о вступлении (подтверждение членства)
(нужное подчеркнуть)
в Самарскую региональную общественную организацию медицинских сестер

Прошу принять меня в члены Самарской региональной общественной организации медицинских сестер или подтвердить членство (нужное подчеркнуть)

1. **Фамилия, Имя, Отчество (полностью)**

2. **Дата рождения** _____ **Пол** _____

3. **Адрес:**

Служебный _____

Домашний _____

4. **Место работы** _____

5. **Должность** _____

6. **Специальность (по диплому)** _____

7. **Квалификационная категория** _____

8. **Сертификат/аккредитация по специальности** _____

9. **Телефон: служебный** _____ **домашний** _____

10. **Являюсь членом Организации СРООМС с** _____ **года**

Обязуюсь оплачивать членские взносы ежемесячно в размере 70 рублей по безналичному расчету (согласно договору и личного заявления в бухгалтерию по месту работы) или наличными средствами в кассу Организации СРООМС ежемесячно (нужное подчеркнуть)

Вступительный взнос 100 рублей - однократно наличными средствами в кассу Организации СРООМС.

« ___ » _____ 20__ г. г. **Подпись** _____

Отметка о регистрации

« ___ » _____ 20__ г.

Оборотная сторона Заявления на вступление

Президенту Самарской региональной
общественной организации
медицинских сестер
Пятикоп В.М.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим даю свое согласие Самарской региональной общественной организации медицинских сестер, расположенной по адресу: г. Самара, улица Советской Армии, дом 151, офис 20, на сбор и обработку моих персональных данных в следующих целях:

заключение и исполнение обязательств между мной и Организацией;
ведение реестра членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер;
составление внутренней и внешней отчетности;
использование моих персональных данных, в целях осуществления операционной деятельности Организации.

Согласие даётся мною на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; домашний адрес; номер телефона; адрес электронной почты; место работы; служебный адрес; занимаемая должность; квалификационная категория; информация о предыдущем месте работы; сведения об образовании; и любые данные, переданные мной, которые могут потребоваться Организации в целях, указанных выше.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий с моими персональными данными, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Самарская региональная общественная организация медицинских сестер вправе обрабатывать мои персональные данные посредством автоматизированной обработки, а также без использования средств автоматизации.

Подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Согласие может быть мной отозвано посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть вручен лично под расписку представителю Самарской региональной общественной организации медицинских сестер.

Настоящее Согласие действует с момента подписания и действует бессрочно.

« _____ » _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 4
к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

ВЕДОМОСТЬ
вступительных взносов сестринского персонала

(название ЛПУ)
в Самарскую региональную общественную организацию медицинских сестер
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалификаци онная категория	Дата вступления	Сумма взноса	Подпись
ИТОГО						

Дата сдачи:

Сумма прописью:

ФИО, подпись сдавшего:

Дата, подпись принявшего:

Приложение № 5
к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

Главному врачу
(название ЛПУ)

ФИО _____

от:

Должность _____

Название отделения _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Заявление.

Прошу осуществлять удержание членских взносов из моей заработной платы в
размере 70 рублей ежемесячно и перечислять их на расчетный счет Самарской
региональной общественной организации медицинских сестер, согласно договору.

Дата _____

Подпись _____

Приложение № 6
к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

СПИСОК
членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
вышедших из Организации

_____ (название ЛПУ)
за _____ месяц 20__ года
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалификационная категория	Дата выбытия	Причина

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

Образец заявления на выбытие

Президенту Самарской региональной
общественной организации
медицинских сестер
Пятикоп В.М.
От ФИО (полностью)
Должность
Название ЛПУ

Заявление

Прошу считать меня выбывшей из рядов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер с «__» _____ 20__ г., по причине _____

Дата

подпись

Приложение № 7

к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

СПИСОК
членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
уволенных из ЛПУ

_____ (название ЛПУ)
за _____ месяц 20__ года
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалификаци онная категория	Дата увольнения	Причина (по собственному желанию, другое)

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

Приложение № 8

к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

СПИСОК

членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
изменивших **Фамилию Имя Отчество**

(название ЛПУ)

№ п/п	ФИО (полностью) до изменения	Должность	Квалификаци онная категория	Дата смены ФИО	ФИО (полностью) после изменения

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

СПИСОК

членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер,
ушедших в декретный отпуск

_____ (название ЛПУ)
за _____ месяц 20__ года
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалиф. категория	Дата ухода в декретный отпуск

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

СПИСОК

членов Самарской региональной общественной организации медицинских сестер,
вышедших из декретного отпуска

_____ (название ЛПУ)
за _____ месяц 20__ года
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалиф. категория	Дата выхода из декретного отпуска

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

Приложение №10

к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

СПИСОК
членов Самарской региональной общественной
организации медицинских сестер

(название ЛПУ)

поступивших из других ЛПУ

за _____ месяц _____ года

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалификаци онная категория	Дата поступления в ЛПУ	Из какого учреждения поступил

Главная медицинская сестра

Ф.И.О.

Дата

Приложение № 11
к Положению
о ключевых членах Самарской региональной
общественной организации медицинских сестер
от «__» _____ 20__ г.

ВЕДОМОСТЬ
членских взносов сестринского персонала

(название ЛПУ)
в Самарскую региональную общественную организацию медицинских сестер
(в алфавитном порядке)

№ п/п	ФИО (полностью)	Должность	Квалификационная категория	Примечание (за какой период, долг и тп)	Сумма	Подпись
ИТОГО						

Дата сдачи:

Сумма прописью:

ФИО, подпись сдавшего:

Дата, подпись принявшего: