МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

10 августа 2020 г. № 44-мпр

Иркутск

Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику

В соответствии с постановлением Правительства Иркутской области от 27 февраля 2020 года № 108-пп «О внесении изменений в Порядок предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек», руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп, указом Губернатора Иркутской области от 30 декабря 2019 года № 40-угк «О назначении на должность Ледяевой Н.П.»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 20 мая 2019 года № 32-мпр «Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику»;

приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 28 ноября 2019 года № 76-мпр «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 20 мая 2019 года № 32-мпр».

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять календарных дней после дня его официального опубликования.

4. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в общественно-политической газете «Областная», сетевом издании

«Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (ogirk.ru), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

Исполняющая обязанности
министра здравоохранения
Иркутской области  Н.П. Ледяева

Приложение к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от «10» августа № 44-мпр
2020 г

Договор № ____
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек

г. Иркутск «__» _____ 20__ г.

_____
(наименование медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области)
в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Работник», документ, удостоверяющий личность: _____, выдан _____, вместе именуемые «Стороны», на основании постановления Правительства Иркутской области от 13 марта 2018 года № 190-пп «О предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек» (далее – постановление № 190-пп), заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Настоящий договор определяет условия предоставления единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру), являющемуся гражданином Российской Федерации, не имеющему не исполненных обязательств по договору о целевом обучении, прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек и заключившему трудовой договор с медицинской организацией, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей на очередной финансовый год (далее соответственно – выплата, Министерство).

Министерство принимает решение о предоставлении медицинскому работнику выплаты на основании настоящего договора в соответствии постановлением № 190-пп.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2. Медицинская организация обязуется:

1) обеспечить Работника работой на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности_____, включенной в программный реестр должностей на очередной финансовый год;

2) в случае неисполнения Работником обязанностей, предусмотренных подпунктами 2, 3 пункта 3 настоящего договора, направить Работнику претензию заказным письмом с уведомлением о вручении по месту жительства (пребывания) Работника в течение 10

рабочих дней со дня истечения срока, установленного для возврата в областной бюджет части выплаты;

3) в случае неисполнения Работником обязанностей, предусмотренных подпунктами 2, 3 пункта 3 настоящего договора, по истечении 10 рабочих дней со дня получения Работником претензии, указанной в подпункте 2 настоящего пункта, произвести взыскание части выплаты, подлежащей возврату, в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) осуществлять контроль за соблюдением Сторонами обязательств в рамках настоящего договора;

5) уведомить Министерство о прекращении трудового договора с Работником (с указанием основания расторжения трудового договора), о переводе на другую должность или поступлении на обучение по дополнительным профессиональным программам, неисполнении трудовой функции до истечения пятилетнего срока в течение трех рабочих дней со дня наступления указанных обстоятельств.

3. Работник обязуется:

1) исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня предоставления выплаты Министерством на должности _____ в соответствии с трудовым договором

_____,
(реквизиты трудового договора)

при условии продления настоящего договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2) возвратить в областной бюджет часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

3) возвратить в областной бюджет часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия настоящего договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору Работника);

4) в случае неисполнения обязанности, предусмотренной подпунктами 2, 3 настоящего пункта, уплатить в областной бюджет неустойку за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного для возврата части выплаты в областной бюджет. Неустойка устанавливается в размере одной трехсотой действующей на дату уплаты неустойки ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от части выплаты, подлежащей возврату.

4. Возврат в областной бюджет части выплаты в соответствии с подпунктами 2, 3 пункта 3 настоящего договора осуществляется Работником не позднее 30 рабочих дней со дня наступления оснований для возврата в областной бюджет части выплаты.

Возврат в областной бюджет части выплаты в соответствии с подпунктами 2, 3 пункта 3 настоящего договора, а также уплата неустойки в соответствии с подпунктом 4 пункта 3 настоящего договора осуществляется Работником по следующим реквизитам Министерства:

1) в случае, если предоставление выплаты и возврат части выплаты производится в течение одного финансового года:

664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29

ИНН 3808172327 КПП 380801001

УФК по Иркутской области (Минфин Иркутской области 02342000010, министерство здравоохранения Иркутской области)

р/с 40201810100000100006

БИК 042520001 Отделение Иркутск

ОКТМО 25701000
КБК: 803-0909-52701R1380-321-262-252110300-201001.
Код цели:20-51380-00000-00000 (для основного долга);
2) в случае, если возврат части выплаты производится в следующих финансовых годах за годом предоставления выплаты:
664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29
ИНН 3808172327 КПП 380801001
УФК по Иркутской области (министерство здравоохранения Иркутской области 04342025010)
р/с 40101810250048010001
БИК 042520001 Отделение Иркутск
ОКТМО 25701000
Код дохода: 80311302992020000130 (для основного долга)
Код дохода: 80311607010020000140 (для неустойки).

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение взятых на себя обязательств.
6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием возникших после заключения настоящего договора обстоятельств непреодолимой силы, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр – Медицинской организации, второй – Работнику.
8. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по письменному соглашению Сторон или в судебном порядке.
9. Все изменения к настоящему договору считаются действительными и являются его неотъемлемой частью при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.
10. Споры по настоящему договору разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в судебном порядке.
11. Отношения Сторон, не урегулированные настоящим договором, регламентируются законодательством.

5. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Медицинская организация:	Работник:
Адрес места нахождения:	Ф.И.О._____
_____	Адрес места жительства (пребывания):
_____	_____
ИНН:_____	Телефон: _____
КПП:_____	
_____	ИНН:_____
р/с _____	СНИЛС:_____
_____/_____	_____/_____
(подпись) (расшифровка)	(подпись) (расшифровка)
М.П.	