



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

ПРИКАЗ

« 14 » 02 2021 г.

№ 530

г. Кемерово

Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику

В соответствии с пунктом 3 постановления Правительства Кемеровской области - Кузбасса от 14.04.2020 № 234 «Об утверждении Порядка предоставления единовременной компенсационной выплаты отдельным категориям медицинских работников»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, акушерке, медицинской сестре фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек.
2. Обеспечить размещение настоящего приказа на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. министра



Е.М. Зеленина

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения Кузбасса
от 14.02.2021 № 530

ДОГОВОР

на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику

г. Кемерово

«__» _____ 202__ года

Министерство здравоохранения Кузбасса, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице министра здравоохранения Кузбасса _____, действующего на основании Положения, с одной стороны, и _____, именуемый (фамилия, имя, отчество)

в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, далее именуемые «Стороны», в соответствии с Правилами предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на единовременные компенсационные выплаты Медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, являющимися приложением № 8 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Министерство обязуется перечислить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере _____ (указывается конкретный размер выплат)

рублей в течение 30 дней со дня заключения Договора на счет, открытый Медицинскому работнику в кредитной организации.

2. Медицинский работник обязуется исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет по основному месту работы в _____ (наименование медицинской организации)

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, утвержденный Министерством, в соответствии с трудовым договором от _____

№ _____ (далее – трудовой договор), заключенным Медицинским работником с _____
(наименование медицинской организации)

3. Медицинский работник обязуется исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения настоящего договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

4. Медицинский работник обязуется возвратить часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего 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.

5. Медицинский работник обязуется возвратить 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 договора на период неисполнения функциональных обязанностей.

6. Медицинский работник несет ответственность за неисполнение обязанностей, предусмотренных Договором, в том числе по возврату единовременной компенсационной выплаты, в соответствии с действующим законодательством.

7. В случае если Медицинский работник до истечения срока, установленного пунктом 3 настоящего Договора, изъявит желание осуществить перевод на другую работу, не обусловленную трудовым договором, или расторгнуть трудовой договор, то он обязан информировать Министерство в письменной форме в течение 10 рабочих дней после подачи заявления об изменении условий трудового договора или его расторжении.

8. В случае изменения условий или прекращения трудового договора по инициативе Медицинского работника, он обязан не позднее 3 рабочих дней с момента получения уведомления, содержащего расчет суммы к возврату и реквизиты счета Министерства, возвратить Министерству часть единовременной компенсационной выплаты в соответствии с пунктами 4, 5 Договора. При нарушении срока возврата указанных сумм к Медицинскому работнику применяется штрафная неустойка в размере 0,1 процента за каждый день просрочки до полного погашения задолженности.

9. При отказе Медицинского работника добровольно возвратить Министерству полученные денежные средства взыскание производится в судебном порядке.

10. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр хранится в Министерстве, второй – у Медицинского работника.

11. Действие Договора прекращается в случаях истечения срока, на который он заключен, в связи с прекращением трудового договора или по соглашению сторон при выполнении Сторонами условий, содержащихся в пунктах 4, 5 Договора.

12. Адреса Сторон и подписи.

Министерство
Министр здравоохранения Кузбасса

Медицинский работник

(фамилия, имя, отчество)

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____

паспорт: _____

выдан: _____

подпись
Адрес: 650064, г. Кемерово,
пр-т. Советский, 58
тел. 36-42-84, факс 58-36-55

подпись
Адрес регистрации/факт. проживания:

Тел. _____
Эл. почта _____