



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА

(МИНЗДРАВ КУЗБАССА)

ПРИКАЗ

07.04.2026 № 600

г. Кемерово

Об утверждении формы договора о предоставлении единовременного пособия впервые трудоустроившимся медицинским работникам

В соответствии с пунктом 3 постановления Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 29.05.2020 № 320 «Об установлении Порядка назначения, выплаты и возврата единовременного пособия впервые трудоустроившимся медицинским работникам»

ПРИКАЗЫВАЮ:

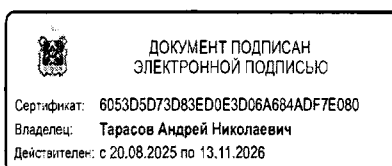
1. Утвердить прилагаемую форму договора о предоставлении единовременного пособия впервые трудоустроившимся медицинским работникам.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 20.05.2021 № 1519 «Об утверждении формы договора о предоставлении единовременного пособия медицинским работникам, впервые трудоустроившимся на терапевтические или педиатрические участки».

3. Настоящий приказ подлежит опубликованию в сетевом издании «Электронный бюллетень Правительства Кемеровской области – Кузбасса».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



А.Н. Тарасов

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения Кузбасса
от 07.04.2026 № 600

ДОГОВОР
о предоставлении единовременного пособия
впервые трудоустроившимся медицинским работникам

г. Кемерово

«___» _____ 20__ год

Министерство здравоохранения Кузбасса, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице министра здравоохранения Кузбасса _____, действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Кузбасса, утвержденного постановлением Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 11.03.2020 № 119, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, далее именуемые «Стороны», в соответствии с Порядком назначения, выплаты и возврата единовременного пособия впервые трудоустроившимся медицинским работникам, утвержденным постановлением Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 29.05.2020 № 320, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Министерство обязуется перечислить Медицинскому работнику единовременное пособие в размере 500 000 (пятьсот тысяч) 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 3 лет по основному месту работы в _____ (далее – Государственное учреждение здравоохранения) на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации и в соответствии с трудовым договором от _____ № _____, заключенным Медицинским работником с Государственным учреждением здравоохранения.

3. Медицинский работник обязуется исполнять трудовые обязанности в течение 3 лет со дня заключения трудового 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). Договор продлевается также на период нахождения Медицинского работника в отпусках, предусмотренных статьями 255 – 257 Трудового кодекса Российской Федерации.

4. Медицинский работник обязуется возвратить единовременное пособие в полном объеме в доход областного бюджета в случае расторжения (прекращения) трудового договора до истечения 3 лет со дня его заключения, за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктами 5, 6 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации с учетом положения пункта 3 Договора.

5. Единовременное пособие не возвращается Медицинским работником при приеме его на обучение по программе ординатуры после окончания первого года его работы в Государственном учреждении здравоохранения и расторжении им трудового договора до истечения срока, установленного пунктом 2 Договора, по основанию, предусмотренному статьей 80 Трудового кодекса Российской Федерации.

6. Единовременное пособие не возвращается Медицинским работником в случае расторжения (прекращения) трудового договора до истечения 3 лет со дня его заключения с учетом положения пункта 3 Договора, по основанию, предусмотренному пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, при условии дальнейшего трудоустройства Медицинского работника в той же медицинской организации в течение 30 календарных дней после увольнения с военной службы или альтернативной гражданской службы.

7. В случае расторжения трудового договора Медицинским работником с Государственным учреждением здравоохранения до истечения 3-летнего срока, Министерство не позднее 10 рабочих дней с момента получения информации от руководителя Государственного учреждения здравоохранения о расторжении трудового договора с Медицинским работником направляет уведомление Медицинскому работнику с реквизитами счета Министерства для возврата выплаты в виде единовременного пособия в полном объеме в доход областного бюджета.

8. Медицинский работник обязан не позднее 10 рабочих дней с момента получения уведомления возвратить Министерству выплату в виде единовременного пособия в полном объеме.

9. В случае неисполнения Медицинским работником обязательства, предусмотренного пунктом 7 Договора, взыскание единовременного пособия производится Министерством в судебном порядке.

10. Медицинский работник несет ответственность за неисполнение обязанностей, предусмотренных Договором, в том числе по возврату единовременного пособия, в соответствии с действующим законодательством.

11. Настоящий Договор действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

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

13. Адреса Сторон и подписи:

Министерство
Министр здравоохранения Кузбасса

(фамилия, имя, отчество)

Медицинский работник

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____

паспорт: _____

выдан _____

дата выдачи _____

код подразделения: _____

ПОДПИСЬ

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

ПОДПИСЬ

Адрес регистрации/факт. проживания:

с.т. _____

эл. почта: _____