



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26. 12. 2024

№ 3720-НПА

г. Новосибирск

Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке, медицинской сестре фельдшерского и фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины)), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области, и формы заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты

В целях реализации отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в соответствии с постановлением Правительства Новосибирской области от 27.02.2018 № 72-п «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат 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 тыс. человек Новосибирской области, и признании утратившим силу постановления правительства Новосибирской области от 13.07.2015 № 250-п», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые:

1) форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке, медицинской сестре фельдшерского и фельдшерско-акушерского пункта), врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины)), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области;

2) форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке, медицинской сестре фельдшерского и фельдшерско-акушерского пункта), врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики

(семейной медицины)), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области.

2. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 16.05.2018 № 1452 «Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру) в возрасте до 50 лет, прибывшему (переехавшему) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области, и формы заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Р.М. Заблоцкий

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения
Новосибирской области
от 26.12.2024 № 3720-НПА

ФОРМА

ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке, медицинской сестре фельдшерского и фельдшерско-акушерского пункта), врачебной амбулатории, центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области
(далее – договор)

«__» _____ 20__ г.

г. Новосибирск

Министерство здравоохранения Новосибирской области, именуемое в
дальнейшем «Министерство»,
лице _____

_____ ,
действующего на основании положения о министерстве здравоохранения
Новосибирской области, утвержденного постановлением Правительства
Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения
Новосибирской области», с одной стороны, и гражданин(-ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

_____ ,
осуществляющий (-ая) трудовую деятельность _____

(должность и место работы)

прибывший(-ая) на работу _____ ,
(наименование населенного пункта)

окончивший(-ая) _____

(наименование образовательной организации высшего профессионального образования)

именуемый(-ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны,
заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора

1. Министерство предоставляет Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере _____ (_____),

(сумма выплаты)

в течение 90 календарных дней со дня заключения настоящего договора, а Медицинский работник обязуется работать в течение пяти лет в _____

(наименование медицинской организации)

с даты заключения трудового договора.

2. Единовременная компенсационная выплата предоставляется Министерством в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, установленных Министерству на текущий финансовый год.

II. Обязательства Медицинского работника

3. Медицинский работник обязуется исполнять трудовые обязанности по основному _____ месту работы

в _____

(наименование медицинской организации)

на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством Российской Федерации для данной категории работников, в течение 5 лет со дня заключения договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на должности в соответствии с трудовым договором от «___» _____ 20__ г. № _____ при условии продления договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

4. Медицинский работник обязуется в случае прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) либо перевода на другую должность (за исключением случаев, предусмотренных Положением об осуществлении единовременных компенсационных выплат 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 тыс. человек Новосибирской области, утвержденным постановлением Правительства Новосибирской области от 27.02.2018 № 72-п) или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам до истечения 5-летнего срока вернуть в доход бюджета Новосибирской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения или изменения трудового договора до истечения 5-летнего срока.

5. Медицинский работник обязуется возвратить в доход бюджета Новосибирской области часть единовременной компенсационной 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 о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

III. Обязательства Министерства

6. Министерство обязуется в течение 90 календарных дней со дня заключения настоящего договора с Медицинским работником перечислить на лицевой счет, открытый Медицинским работником в кредитной организации, единовременную компенсационную выплату в размере _____,
(сумма выплаты)

IV. Ответственность сторон

7. В случае нарушения Медицинским работником тридцатидневного срока возврата части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной с даты прекращения трудового договора пропорционально неотработанному Медицинским работником пятилетнему периоду, Медицинский работник обязан уплатить неустойку в виде пени в размере 0,1 процента от суммы части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной с даты прекращения трудового договора пропорционально неотработанному Медицинским работником пятилетнему периоду, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения тридцатидневного срока.

V. Прочие положения

8. Срок действия договора с «_____» _____ по «_____» _____.

9. Действие договора продлевается на период неисполнения трудовой функции Медицинским работником в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации) путем заключения к нему дополнительного соглашения, являющегося неотъемлемой частью договора.

10. Медицинскому работнику, по согласованию с Министерством, допускается однократное изменение места работы с сохранением ранее полученной им единовременной компенсационной выплаты при соблюдении условий, установленных Положением об осуществлении единовременных компенсационных выплат 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 тыс. человек Новосибирской области, утвержденного постановлением Правительства Новосибирской области от 27.02.2018 № 72-п.

Изменение места работы с сохранением ранее полученной Медицинским работником выплаты оформляется путем заключения дополнительного соглашения к договору, являющегося неотъемлемой его частью.

11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, из которых один хранится в Министерстве, второй – у Медицинского работника.

12. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по письменному соглашению сторон.

13. Споры по настоящему договору решаются путем переговоров и направления претензий. Срок рассмотрения претензий составляет 15 дней с даты ее получения. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке дело подлежит рассмотрению в судебном порядке.

VI. Реквизиты и подписи сторон.

Министерство

Медицинский работник

Реквизиты

реквизиты

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства
здравоохранения
Новосибирской области
от 16.05.2018 № 1452

ФОРМА

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому
работнику

Я, _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____, выдан
_____ г. _____,
диплом (серия) _____ № _____, выдан

_____ в _____ г.
работаю (должность, место работы) _____

_____, расположенном по адресу:
_____,
трудовой договор от _____ г. № _____, проживающий(ая) по адресу:

_____,
ранее проживал(а) по адресу: _____

_____,
прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере
_____.

(сумма выплаты)

Даю согласие на заключение двухстороннего договора о предоставлении
единовременной компенсационной выплаты.

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

Контактный телефон: _____, E-mail: _____

« » _____ 20 ____ г.

(подпись/расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ
к заявлению на предоставление
единовременной компенсационной
выплаты

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных в целях предоставления единовременной
компенсационной выплаты

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

проживающий(-ая) по адресу: _____
(заполняется, в случае если адрес места фактического проживания отличается от адреса регистрации)

контактная информация: _____
(номер телефона, адрес электронной почты)

паспорт серия _____ № _____, выдан (дата) _____, кем выдан _____

в соответствии со статьями 9, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления единовременной компенсационной выплаты в соответствии с постановлением Правительства Новосибирской области от 27.02.2018 № 72-п «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек Новосибирской области, и признании утратившим силу постановления Правительства Новосибирской области от 13.07.2015 № 250-п»

даю _____
(полное наименование)
(далее – Оператор) согласие на обработку своих персональных данных, а именно сведений о своих фамилии, имени, отчестве (при наличии), поле, адресе регистрации и фактического проживания, месте работы, трудовой деятельности, занимаемой должности, о документах об образовании, паспортных данных (серия, номер, кем и когда выдан), сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета получателя, контактной информации (номер телефона, адрес электронной почты), документе о профессиональной переподготовке, сертификате специалиста (свидетельстве об аккредитации), представленных мной реквизитах расчетного счета в кредитной организации.

Настоящее согласие действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие вступает в действие с момента его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора почтовым отправлением через оператора почтовой связи общего пользования либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

« _____ » _____ 20 ____ .г.

(подпись)