

Приложение

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства  
здравоохранения Кировской области  
от 20.05.2020 № 340

## ФОРМА

### договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам

г. Киров \_\_\_\_\_ год

Министерство здравоохранения Кировской области, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице министра здравоохранения Кировской области Черняева А.В., действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Кировской области, утвержденного постановлением Правительства области от 09.06.2015 № 42/295,

Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава,

гр. \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», совместно именуемые стороны, в соответствии с \_\_\_\_\_, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Предметом настоящего договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим не исполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60%), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек и заключившим трудовой договор с Медицинской организацией, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, на выполнение трудовой функции на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год (программный реестр должностей), утвержденный министерством здравоохранения Кировской области (далее - медицинский работник), в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

## 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Министерство перечисляет единовременную компенсационную выплату на личный счет Медицинского работника, указанный в разделе 6 настоящего договора, в срок не позднее 30 дней со дня заключения настоящего договора при наличии бюджетных ассигнований. В случае отсутствия бюджетных ассигнований предоставление единовременной денежной выплаты осуществляется в срок не позднее 30 дней со дня доведения бюджетных ассигнований на указанные цели.

2.2. Медицинский работник обязуется:

2.2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения настоящего договора на должности \_\_\_\_\_ в соответствии с трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией 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).

2.2.2. Возвратить в областной бюджет часть единовременной компенсационной 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 путем перечисления денежных средств на лицевой счет Министерства в течение месяца со дня прекращения трудового договора.

2.2.3. Возвратить в областной бюджет 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) путем перечисления денежных средств на лицевой счет Министерства в течение месяца со дня прекращения трудового договора или продлить срок действия настоящего договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору Медицинского работника).

2.2.4. Уведомлять Министерство и Медицинскую организацию о своем выборе в соответствии с пунктом 2.2.3 настоящего договора не позднее 5 дней до даты 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).

2.3. Медицинская организация обязуется уведомлять Министерство здравоохранения о прекращении трудового договора с Медицинским работником до истечения пятилетнего срока, а также в случае перевода Медицинского работника на другую должность или поступления его на

обучение по дополнительным профессиональным программам в течение 3 дней с момента наступления указанных событий с предоставлением подтверждающих документов.

### 3. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

3.1. При изменении реквизитов, указанных в разделе 6 настоящего договора, сторона должна проинформировать другие стороны настоящего договора в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты изменения реквизитов.

3.2. Медицинский работник в связи с исполнением условий настоящего договора согласен на обработку его персональных данных в информационных системах Министерства, Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.3. Министерство обязуется принять необходимые меры по обеспечению сохранности представленных ему Медицинским работником персональных данных.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение обязательств, предусмотренных разделом 2 настоящего договора, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Медицинский работник за неисполнение обязательства, предусмотренного п.п. 2.2.2., 2.2.3. настоящего договора выплачивает в бюджет Кировской области неустойку в размере 0,1% за каждый день просрочки.

4.3. Споры между сторонами решаются в установленном законом порядке.

4.4. Отношения сторон, не предусмотренные настоящим договором, регулируются действующим законодательством.

### 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор действует со дня его подписания до полного исполнения обязательств сторонами.

5.2. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по экземпляру для каждой из сторон.

### 6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Министерство: 610019, г. Киров, ул. Карла Либкнехта, д.69

Медицинская организация: \_\_\_\_\_

Медицинский работник: \_\_\_\_\_  
р/с \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_, регистрация по месту жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

место фактического проживания: \_\_\_\_\_  
контактный телефон \_\_\_\_\_

## 7. ПОДПИСИ СТОРОН

Министерство

Медицинская  
организация

Медицинский работник

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_