

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 10 марта 2015 г. N 681

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ЕДИНОВРЕМЕННЫХ КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ ЗАВЕДУЮЩИМ
ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИМИ ПУНКТАМИ - ФЕЛЬДШЕРАМ, ЗАВЕДУЮЩИМ
ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИМИ ПУНКТАМИ - АКУШЕРАМ, ФЕЛЬДШЕРАМ,
АКУШЕРАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ, ПРИБЫВШИМ В 2014 - 2015 ГОДАХ
НА РАБОТУ В ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЕ ПУНКТЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ
В СЕЛЬСКИХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

В соответствии с [постановлением](#) Правительства Волгоградской области от 19 февраля 2014 г. N 84-п "Об осуществлении единовременных компенсационных выплат заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами - фельдшерам, заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами - акушерам, фельдшерам, акушерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 - 2015 годах на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Волгоградской области" приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:

форму [заявления](#) о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

форму [договора](#) о предоставлении единовременной компенсационной выплаты заведующему фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшеру, заведующему фельдшерско-акушерским пунктом - акушеру, фельдшеру, акушеру в возрасте до 35 лет, прибывшему в 2014 - 2015 годах на работу в фельдшерско-акушерский пункт, расположенный в сельском населенном пункте Волгоградской области.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания и подлежит официальному опубликованию.

Председатель комитета
В.В.ШКАРИН

Утверждено
приказом
комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 10 марта 2015 г. N 681

Директору государственного казенного учреждения "Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области"
С.В. Симакову

от _____
(фамилия, имя, отчество)

(дата рождения)

паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи,

название выдавшего органа)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере пятисот тысяч рублей.

1. Сведения о документе о среднем профессиональном образовании

(вид документа, серия и номер документа, кем выдан, дата его выдачи)

2. Место работы в соответствии с трудовым договором:

2.1. Полное наименование учреждения _____

2.2. Наименование структурного подразделения _____

2.3. Занимаемая должность _____

2.4. Приказ о приеме на работу от _____ N _____

2.5. Трудовой договор от _____ N _____

3. Адрес места фактического проживания в сельском населенном пункте

4. Адрес официальной регистрации по месту жительства _____

(указывается в соответствии с паспортом)

5. Контактная информация:

телефон: _____;

почтовый адрес: _____;

e-mail: _____.

Обязуюсь проработать в течение пяти лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором.

В случае прекращения трудового договора по основному месту работы до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным [пунктом 8 части первой статьи 77](#), [пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81](#), [пунктами 1, 2, 5, 6 и 7](#) части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) обязуюсь возратить в областной бюджет в течение двух месяцев с даты увольнения часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально неотработанному периоду.

" ____ " _____ 20__ г.

подпись (инициалы, фамилия)

Утвержден
приказом
комитета здравоохранения
Волгоградской области

ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты
заведующему фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшеру,
заведующему фельдшерско-акушерским пунктом - акушеру,
фельдшеру, акушеру в возрасте до 35 лет, прибывшему
в 2014 - 2015 годах на работу в фельдшерско-акушерский
пункт, расположенный в сельском населенном пункте
Волгоградской области

Волгоград " ____ " _____ 20 ____ г.
N _____

Государственное казенное учреждение "Дирекция по обеспечению
деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской
области", именуемая в дальнейшем Дирекция, в лице Директора

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем Медицинский работник, с другой стороны, вместе в
дальнейшем именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

1.1. Предметом настоящего Договора является предоставление
единовременной компенсационной выплаты Медицинскому работнику

(наименование учреждения здравоохранения)

прибывшему в 2014 - 2015 годах на работу в фельдшерско-акушерский пункт,
расположенный в _____

(наименование сельского населенного пункта Волгоградской
области)

в размере 500000 рублей, за счет средств областного бюджета.

1.2. Медицинский работник принят на работу в _____
(наименование

учреждения здравоохранения)

расположенное в _____
(наименование населенного пункта)

на должность _____
(наименование должности)

с _____
(дата приема согласно трудовому договору)

1.3. Медицинский работник окончил _____
(наименование образовательной
организации,

дата окончания)

по специальности _____
(наименование специальности)

1.4. Медицинский работник прибыл (переехал) в _____
(наименование

населенного пункта)

для работы в _____
(наименование учреждения здравоохранения)

расположенном в _____
(наименование населенного пункта)

1.5. Работа в _____
(наименование учреждения здравоохранения)

на должности _____
(наименование должности)

является для Медицинского работника основной.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Дирекция обязана:

2.1.1. Предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату после заключения настоящего Договора в течение текущего финансового года.

2.1.2. Соблюдать предусмотренный настоящим Договором порядок предоставления Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты.

2.1.3. Обеспечивать защиту персональных данных Медицинского работника в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Соблюдать иные требования, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации, Волгоградской области, настоящим Договором.

2.1.5. Проверять достоверность сведений и документов, представленных Медицинским работником.

2.1.6. Требовать возврата части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, в случае прекращения трудового договора по основному месту работы с

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

до истечения пятилетнего срока работы, за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, указанным в настоящем Договоре.

2.1.7. Обращаться в суд за защитой своих прав в случае нарушений требований законодательства Российской Федерации и Волгоградской области, регулирующих условия и порядок предоставления единовременной компенсационной выплаты, условий настоящего Договора.

2.2. Дирекция вправе:

2.2.1. Запрашивать у Медицинского работника и его работодателя сведения о наличии между ними трудовых отношений.

2.3. Медицинский работник обязан:

2.3.1. Отработать в течение пяти лет в _____
(наименование учреждения
здравоохранения)

на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников в соответствии с трудовым договором, заключенным Медицинским работником

с _____
(наименование учреждения здравоохранения)

2.3.2. Возвратить в областной бюджет в течение двух месяцев с даты увольнения Медицинского работника часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, в случае прекращения трудового

договора по основному месту работы с _____
(наименование учреждения
здравоохранения)

до истечения пятилетнего срока работы, за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, указанным в настоящем Договоре.

2.3.3. Соблюдать иные требования, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации, Волгоградской области, настоящим Договором.

2.4. Медицинский работник вправе:

2.4.1. Требовать от Дирекции предоставления выплаты в размере 500000 рублей после заключения настоящего Договора в течение текущего финансового года.

2.4.2. Обращаться в суд за защитой своих прав в случае нарушений требований законодательства Российской Федерации и Волгоградской области, регулирующих условия и порядок предоставления единовременной компенсационной выплат, условий настоящего Договора.

3. Порядок предоставления выплаты Медицинскому работнику

3.1. Дирекция как получатель бюджетных средств на основании настоящего Договора осуществляет перечисление единовременной компенсационной выплаты с лицевого счета Дирекции на счет Медицинского работника.

3.2. Единовременная компенсационная выплата перечисляется Медицинскому работнику после заключения настоящего Договора в течение текущего финансового года.

4. Ответственность Сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей и обязательств, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации, Волгоградской области и настоящим Договором, согласно действующему законодательству Российской Федерации.

4.2. В случае просрочки исполнения Медицинским работником обязательства, предусмотренного [подпунктом 2.3.2](#) настоящего Договора, Дирекция вправе потребовать уплаты неустойки. Неустойка начисляется за каждый день просрочки, начиная с дня, следующего за днем истечения установленного срока исполнения обязательства. Размер такой неустойки составляет 1 процент от суммы неисполненного обязательства.

4.3. Применение вышеуказанной санкции не освобождает Стороны от выполнения принятых обязательств по настоящему Договору.

5. Особые условия

Часть выплаты не возвращается в случае прекращения трудового договора

по основному месту работы Медицинского работника с

(наименование учреждения здравоохранения)

до истечения пятилетнего срока работы по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации.

6. Заключительные положения

6.1. Изменение условий настоящего Договора допускается только по соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Изменения и дополнения в условия настоящего Договора могут быть внесены по соглашению Сторон при изменении законодательства Российской Федерации, Волгоградской области.

6.3. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами.

6.4. Настоящий Договор действует до дня исполнения Сторонами обязанностей и обязательств, возложенных на них настоящим Договором, нормативными правовыми актами Российской Федерации, Волгоградской области, регламентирующими порядок и условия предоставления единовременной компенсационной выплаты.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится в Дирекции, а другой - у Медицинского работника.

6.6. Спор или разногласие между Сторонами, возникшие при выполнении условий настоящего Договора, подлежат урегулированию путем переговоров Медицинского работника и Дирекции.

6.7. Если соглашение между Сторонами не было достигнуто, то спор подлежит разрешению в суде в установленном порядке.

6.8. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются нормативными правовыми актами Российской Федерации, Волгоградской области.

Государственное учреждение
здравоохранения "Дирекция по
обеспечению деятельности
государственных учреждений
здравоохранения Волгоградской
области"

Медицинский работник:

(фамилия, имя, отчество)

Паспорт:

серия _____ N _____
выдан _____

Адрес:

Место официальной регистрации

Место фактического проживания

Директор

подпись (инициалы, фамилия)

подпись (инициалы, фамилия)

М.П.

" _____ " _____ 201__ г.

Один экземпляр договора мною получен

(инициалы, фамилия)

