ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года

Гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (именуемая) в дальнейшем

Медицинский работник, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемое в дальнейшем Медицинская организация, в лице руководителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующего на основании Устава, и Комитет по здравоохранению Ленинградской области, именуемый в дальнейшем Комитет, в лице председателя комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Комитете по здравоохранению Ленинградской области, именуемые далее Стороны, заключили настоящий договор о следующем:

1. Предмет договора

 Предметом настоящего договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(размер единовременной компенсационной выплаты)

медицинскому работнику, замещающему должность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности с указанием наименования структурного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подразделения и наименования медицинской организации)

прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек.

2. Обязательства Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения настоящего договора на условиях полного рабочего дня (не менее одной ставки) с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, в соответствии с трудовым договором по основному месту работы, заключенным Медицинским работником с Медицинской организацией (далее - трудовой договор).

При исчислении периода работы, указанного в [абзаце первом](#P170) настоящего пункта, не учитываются периоды неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.1.2. Письменно извещать Медицинскую организацию и Комитет не менее чем за две недели до дня прекращения трудового договора о намерении до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора расторгнуть трудовой договор.

2.1.3. Письменно извещать Медицинскую организацию и Комитет в течение двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем договоре реквизитов банковского счета и(или) почтового адреса о наличии указанных изменений.

2.1.4. Не предпринимать меры к заключению нового договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в течение срока действия настоящего договора и после его прекращения (досрочного расторжения) независимо от оснований прекращения (досрочного расторжения) договора.

2.1.5. В случае прекращения трудового договора с Медицинской организацией до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 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 возвратить в установленный срок часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора или направления на обучение пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, исчисленному с учетом [пункта 2.1.1](#P170) настоящего договора, в областной бюджет Ленинградской области.

2.1.6. В случае прекращения трудового договора с Медицинской организацией до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) возвратить в установленный срок часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, исчисленному с учетом [пункта 2.1.1](#P170) настоящего договора, в областной бюджет Ленинградской области или продлить срок действия договора на период неисполнения трудовых обязанностей (по выбору медицинского работника).

2.1.7. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренного [пунктами 2.1.5](#P175) и [2.1.6](#P176) настоящего договора, уплатить проценты за пользование чужими денежными средствами в размере, предусмотренном пунктом 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации, со дня, когда денежные средства должны быть возвращены, до дня их возврата.

2.2. Медицинская организация обязуется:

2.2.1. Письменно извещать Комитет о прекращении трудового договора по любым основаниям и внесении изменений в трудовой договор, устанавливающих продолжительность рабочего времени, отличную от нормальной продолжительности рабочего времени, установленной законодательством для данной категории работников, и в связи с переводом на другую должность не позднее трех рабочих дней со дня наступления указанных обстоятельств.

2.2.2. Принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

2.2.3. Вести учет заключенных договоров о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, в том числе в части сроков их действия.

2.3. Комитет обязуется:

 2.3.1. Предоставить единовременную компенсационную выплату Медицинскому работнику в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(размер единовременной компенсационной выплаты)

путем перечисления указанной суммы на банковский счет Медицинского работника в банке или кредитной организации в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора.

2.3.2. В случае невыполнения Медицинским работником [пунктов 2.1.5](#P175) и [2.1.6](#P176) настоящего договора взыскивать денежные средства в установленном порядке.

2.3.3. Принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

3. Срок действия договора

Настоящий договор вступает в силу с даты подписания всеми Сторонами и действует до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора, исчисленных с учетом положений [пункта 2.1.1](#P170) настоящего договора.

4. Прочие условия

4.1. Возврат части единовременной компенсационной выплаты в случаях, предусмотренных [пунктами 2.1.5](#P175) и [2.1.6](#P176) настоящего договора, осуществляется в течение пяти операционных дней с даты возникновения данной обязанности через отделение Сберегательного банка Российской Федерации в Управление Федерального казначейства по Ленинградской области на счет Комитета (реквизиты для перечисления предоставляются Комитетом).

4.2. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

4.3. К настоящему договору прилагаются заверенные Медицинской организацией:

копия трудового договора и дополнительного соглашения к трудовому договору (при наличии),

копия документа об образовании,

копия сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе или выписки о прохождении аккредитации из единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения,

копия паспорта Медицинского работника,

копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе,

копия трудовой книжки и(или) сведения о трудовой деятельности медицинского работника,

копия полных реквизитов банковского счета,

копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета.

4.4. Споры, связанные с исполнением настоящего договора, рассматриваются в Смольнинском районном суде города Санкт-Петербурга.

5. Банковские реквизиты и адреса Сторон

 5.1. Комитет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5.2. Медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5.3. Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

место регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактический адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Подписи и печати Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинский работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы) | Медицинская организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, фамилия, инициалы)Место печати | Комитет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, фамилия, инициалы) Место печати |

 Медицинский работник согласен на обработку персональных данных, указанных в настоящем договоре, в информационных системах Комитета, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения с использованием или без использования средств автоматизации в целях заключения и исполнения и контроля исполнения настоящего договора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись)  | (фамилия, инициалы) |

 Медицинский работник подтверждает отсутствие у него неисполненных обязательств по договору о целевом обучении и согласен на проведение в отношении его проверочных мероприятий.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись)  | (фамилия, инициалы) |

 Медицинский работник подтверждает наличие неисполненных обязательств по договору о целевом обучении.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись)  | (фамилия, инициалы) |

Медицинский работник подтверждает, что ранее не заключал договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или постановлением Правительства Ленинградской области от 13 мая 2013 года № 130 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат средним медицинским Работникам».

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись)  | (фамилия, инициалы) |