



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 10 мая 2017 г. № 07-пз

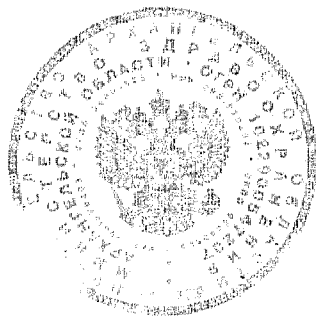
г. Архангельск

Об утверждении типовой формы договора об осуществлении единовременной выплаты

В соответствии с пунктом 10 Положения о предоставлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 17 февраля 2015 года № 51-пп, министерство здравоохранения Архангельской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемую типовую форму договора об осуществлении единовременной выплаты.
2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



А.А. Карпунов

УТВЕРЖДЕНА
постановлением министерства
здравоохранения
Архангельской области

от 10 мая 2017г. № 07. нз

ТИПОВАЯ ФОРМА
договора об осуществлении единовременной выплаты

г. Архангельск

« ____ » _____ 2017 года

Министерство здравоохранения Архангельской области, именуемое в дальнейшем «Уполномоченный орган», в лице министра Карпунова Антона Александровича, действующего на основании распоряжения Губернатора Архангельской области от 04 февраля 2016 года № 71-р «О Карпунове А.А.» и Положения о министерстве здравоохранения Архангельской области, с одной стороны,

именуемый в _____
фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения

дальнейшем «Медицинский работник» паспорт _____,
номер, серия, кем и когда выдан

проживающий (ая) _____,
место жительства заявителя в сельском населенном пункте (рабочем поселке)

адрес регистрации _____,
адрес регистрации по месту жительства

закончил (а) _____,
наименование образовательной организации высшего образования

по специальности _____, трудовой договор от
№ _____ с _____,
наименование медицинской организации

расположенным _____,
адрес медицинской организации и обособленного структурного подразделения

для выполнения работы по должности _____

с другой стороны, и _____,
именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице

действующего на основании _____, с третьей стороны,
именуемые вместе в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор,
именуемый в дальнейшем «Договор», о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом Договора является получение Медицинским работником единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей в соответствии с Положением о предоставлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 17 февраля 2015 года № 51-пп (далее – Положение).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Уполномоченный орган обязан:

2.1.1. Обеспечить перечисление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора на указанный в заявлении медицинским работником банковский счет, открытый в кредитной организации.

2.1.2. Обязуется принять необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных медицинского работника.

2.1.3. В течение семи рабочих дней со дня получения уведомления от медицинской организации, предусмотренного пунктом 2.4.2 настоящего Договора (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), осуществить расчет подлежащей возврату части единовременной компенсационной выплаты и направить Медицинскому работнику уведомление о необходимости возврата части единовременной компенсационной выплаты с указанием реквизитов лицевого счета Уполномоченного органа, открытого в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу.

2.1.4. Обеспечить направление денежных средств, поступивших на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, указанный в разделе 7 настоящего Договора, от возврата Медицинским работником части единовременной компенсационной выплаты, полученной за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области в течение трех рабочих дней из областного бюджета в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2.2. Медицинский работник обязан:

2.2.1. Работать в течение пяти лет со дня заключения настоящего Договора (не включая период нахождения в отпуске по беременности и родам и период нахождения в отпуске по уходу за ребенком) по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным Медицинским работником с Учреждением.

2.2.2. В случае расторжения трудового договора с Учреждением 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, рассчитанного с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному Медицинским работником периоду денежные средства, полученные Медицинским работником в качестве единовременной выплаты, Медицинский работник вернуть в областной бюджет в течение десяти рабочих дней со дня расторжения трудового договора с Учреждением, путем перечисления на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области указанный в разделе 7 настоящего Договора.

2.3. Подтвердить свое согласие на обработку своих персональных данных Уполномоченным органом, Учреждением, территориальным фондом медицинского страхования Архангельской области и Федеральным фондом медицинского страхования Российской Федерации, именуемыми в дальнейшем операторы, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, орган выдавший паспорт), адрес места проживания, адрес

регистрации, номер телефона, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН), номер счета в кредитной организации (реквизиты кредитной организации), реквизиты диплома о высшем медицинском образовании (год окончания обучения, наименование учебного заведения, специальность по диплому), реквизиты трудового договора, заключенного с Учреждением (дата заключения, номер, юридический адрес учреждения, адрес структурного подразделения, наименование учреждения, наименование специальности) и другую информацию предоставляемых Медицинским работником в целях заключения настоящего договора для осуществления единовременной компенсационной выплаты. Медицинский работник предоставляет операторам право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, определенным соглашениями и нормативными правовыми актами, принятыми в целях реализации Положения; обезличивание; блокирование; уничтожение персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки. Согласие Медицинского работника на обработку персональных данных действует с момента подписания настоящего договора и до истечения пяти лет после прекращения действия Договора. Медицинский работник не вправе отозвать согласие на обработку персональных данных. По истечении срока действия согласия персональные данные Медицинского работника подлежат уничтожению.

2.4. Учреждение обязано:

2.4.1. Согласовывать в течение пяти лет с Уполномоченным органом вносимые в трудовой договор с Медицинским работником изменения.

2.4.2. В случае прекращения трудового договора с Медицинским работником до истечения пятилетнего срока, Учреждение обязано уведомить об этом Уполномоченный орган в течение трех рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

2.4.3. В течение срока, установленного пунктом 2.2.1 Договора, принимать меры, направленные на закрепление на рабочем месте Медицинского работника, в том числе по созданию необходимых условий для осуществления им трудовой деятельности.

3. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

3.1. Изменение условий настоящего Договора возможно только по соглашению Сторон.

3.2. Досрочное расторжение Договора допускается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если совершаются в письменной форме и подписываются всеми сторонами.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор действует с момента его подписания до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации, и условиями настоящего договора.

5.2. За неисполнение обязанностей по возврату единовременной компенсационной выплаты в течение десяти рабочих дней со дня расторжения трудового договора с Учреждением, ее возврат Медицинским работником производится с начислением неустойки (пени) в размере одной трехсотой ключевой

ставки Центрального банка Российской Федерации, определяемой на день окончания вышеуказанного срока. Неустойка (пеня) начисляется за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения данного срока.

5.3. В случае, если в течение десяти рабочих дней средства не будут добровольно возвращены Медицинским работником, их возврат осуществляется Уполномоченным органом в судебном порядке.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6.2. Споры по Договору рассматриваются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Уполномоченный орган:
Министерство здравоохранения
Архангельской области
ИНН 2901070303
КПП 290101001
Расчетный счет 40201810100000100077
Получатель УФК по Архангельской
области и Ненецкому автономному округу
(министерство здравоохранения
Архангельской области л/с 03242017550)
Банк Отделение Архангельск
БИК 041117001
ОКТМО 11701000
Телефон: 45-45-00
Факс: 21-57-10

Медицинский работник:
Фамилия Имя Отчество _____

Паспорт: серия, номер, когда и кем
выдан _____

Дата рождения: _____
Адрес регистрации: _____

Контактный телефон: _____
Расчетный счет: № и реквизиты банка

ИНН _____
СНИЛС _____

_____ / _____ /
А.А. Карлунов

М.П.

Учреждение:

Название _____

Юридический адрес: _____

ИНН _____

КПП _____

Расчетный счет: _____

л/с _____

БИК _____

ОКАТО _____

Телефон/факс _____

_____ / _____ /
М.П. (подпись)

(ф.и.о. руководителя)