



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 21 марта 2018 г. № 04-пз

г. Архангельск

**Об утверждении типовой формы договора об осуществлении
единовременной выплаты**

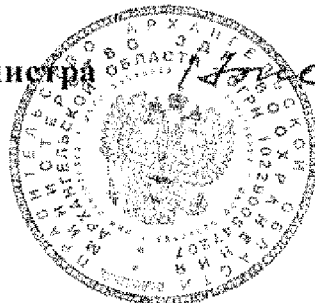
В соответствии с пунктом 1 Положения о предоставлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 462-пз, министерство здравоохранения Архангельской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемую типовую форму договора об осуществлении единовременной выплаты.

2. Признать утратившим силу постановление министерства здравоохранения Архангельской области от 10 мая 2017 года № 07-пз «Об утверждении типовой формы договора об осуществлении единовременной выплаты».

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Исполняющий обязанности министра



А.В. Крюков

А.В. Крюков

УТВЕРЖДЕНА
постановлением министерства
здравоохранения
Архангельской области

от 21 марта 2018 г. № 04-н

ТИПОВАЯ ФОРМА
договора об осуществлении единовременной выплаты

г. Архангельск

«___» _____ 2018 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 или профессиональной образовательной организации

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 _____ рублей в соответствии с Положением о предоставлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 462-пп (далее – Положение).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Уполномоченный орган обязан:

2.1.1. Обеспечить перечисление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере _____ 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. 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 и пунктами 5 – 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, а также в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 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.

2.2. Медицинский работник обязан:

2.2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения настоящего Договора по основному месту на должности в соответствии с трудовым договором, заключенным Медицинским работником с Учреждением, при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

2.2.2. Возвратить в областной бюджет часть единовременной 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 и 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.

В случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения функциональных обязанностей или возвратить в областной бюджет часть единовременной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора (по выбору Медицинского работника).

Возврат части единовременной выплаты осуществляется медицинским работником в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления Уполномоченного органа, указанного в пункте 2.1.3 настоящего Договора, на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу.

2.2.3. 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 (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), в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, а также в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) 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.

3.3. 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 в областной бюджет, их возврат осуществляется Уполномоченным органом в судебном порядке с взысканием неустойки, предусмотренной пунктом 5.2 настоящего Договора.

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. Карпунов

М.П.

Учреждение:

Название _____

Юридический адрес: _____

ИНН _____

КПП _____

Расчетный счет: _____

л/с _____

БИК _____

ОКАТО _____

Телефон/факс _____

М.П. (подпись)

(ф.и.о. руководителя)