



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

29 августа 2016 г.

№ 357-п

г. Тюмень

*Об осуществлении в 2016 году  
единовременных компенсационных  
выплат отдельным категориям  
медицинских работников,  
прибывших (переехавших)  
в сельские населенные пункты  
либо рабочие поселки, либо поселки  
городского типа*

В соответствии со статьей 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

1. Утвердить Положение о предоставлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Определить Департамент здравоохранения Тюменской области уполномоченным исполнительным органом государственной власти Тюменской области на заключение договоров в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа.

3. Действие настоящего постановления распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2016 года.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Тюменской области, координирующего и контролирующего деятельность Департамента здравоохранения Тюменской области.

Губернатор области



**В.В. Якушев**

Приложение  
к постановлению Правительства  
Тюменской области  
от 29 августа 2016 г. № 357-п

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ В 2016 ГОДУ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ  
КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ С  
ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ) В 2016 ГОДУ  
НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ ЛИБО РАБОЧИЕ  
ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА**

1. Единовременная компенсационная выплата в размере одного миллиона рублей (далее – выплата) предоставляется в 2016 году медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Тюменской области или муниципальных учреждений здравоохранения в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, которые в 2016 году прибыли на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа или переехали в указанный период на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта (далее – медицинский работник).

Право на получение выплаты предоставляется медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности. Выплата не предоставляется, если медицинский работник возвратил часть ранее полученной выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока, а затем вновь переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого сельского населенного пункта либо рабочего поселка, либо поселка городского типа, где он ранее работал в государственном учреждении здравоохранения Тюменской области или муниципальном учреждении здравоохранения.

Выплата предоставляется медицинским работникам при условии заключения ими трехстороннего договора, указанного в пункте 7 настоящего Положения.

Настоящее Положение, а также информация об уполномоченном органе – Департаменте здравоохранения Тюменской области (далее – Департамент) размещается в сети Интернет на Официальном портале органов государственной власти Тюменской области [www.admtymen.ru](http://www.admtymen.ru).

2. Медицинский работник в течение трех рабочих дней со дня заключения трудового договора с государственным учреждением здравоохранения Тюменской области или муниципальным учреждением здравоохранения подает соответственно в государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения заявление о предоставлении выплаты по форме в соответствии с приложением № 1 к настоящему Положению, в котором указывает:

а) фамилию, имя, отчество, дату рождения заявителя;

б) сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

в) сведения о документе о высшем образовании заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

г) наименование учреждения, в котором заявитель осуществляет трудовую деятельность (в случае работы в структурном подразделении учреждения – наименование структурного подразделения), место работы в соответствии с трудовым договором, занимаемая должность, дата заключения трудового договора;

д) адрес места жительства заявителя в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа по месту работы, адрес постоянного места жительства заявителя до принятия на работу в вышеуказанное учреждение;

е) согласие на заключение договора, указанного в пункте 7 настоящего Положения;

ж) номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении;

з) согласие на обработку персональных данных.

Медицинские работники, прибывшие (переехавшие) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа и заключившие трудовые договоры с государственными учреждениями здравоохранения Тюменской области или муниципальными учреждениями здравоохранения до вступления в силу настоящего постановления, подают в государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения заявление о предоставлении выплаты в течение 7 рабочих дней со дня вступления настоящего постановления в силу.

2.1. Государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения, заключившее трудовой договор с медицинским работником:

1) проверяет правильность заполнения и достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника;

2) в течение трех рабочих дней со дня поступления от медицинского работника заявления, направляет его в Департамент с приложением следующих документов:

а) копия документа, удостоверяющего личность медицинского работника;

б) копия документа о высшем медицинском образовании медицинского работника;

в) копия действующего сертификата специалиста медицинского работника;

г) заверенная работодателем копия трудовой книжки медицинского работника;

д) заверенная работодателем копия трудового договора медицинского работника.

3. Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

4. Департамент в течение 15 рабочих дней со дня поступления из государственного учреждения здравоохранения Тюменской области или

муниципального учреждения здравоохранения заявления медицинского работника о предоставлении выплаты, соответствующего требованиям, указанным в пункте 2 настоящего Положения, а также документов, указанных в пункте 2.1 настоящего Положения, рассматривает заявление, проверяет наличие и достоверность предоставленных документов и принимает решение о предоставлении выплаты или об отказе в ее предоставлении.

5. Основаниями для отказа в предоставлении выплаты являются:

а) выявление недостоверных сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты (под недостоверными сведениями понимается наличие искажений и неточностей в содержании предоставленных документов);

б) несоответствие медицинского работника, подавшего заявление о предоставлении выплаты, требованиям пункта 1 настоящего Положения;

в) непредоставление или неполное предоставление документов, указанных в пунктах 2, 2.1 настоящего Положения.

6. Департамент в течение 2 рабочих дней со дня принятия решения об отказе в предоставлении выплаты, указанного в пункте 5 настоящего Положения, направляет медицинскому работнику на указанный им почтовый (электронный) адрес уведомление о принятом решении.

При принятии решения о предоставлении выплаты в уведомлении указывается срок заключения договора, указанного в пункте 7 настоящего Положения (не более 10 рабочих дней со дня принятия решения, указанного в пункте 4 настоящего Положения).

При принятии решения об отказе в предоставлении выплаты в уведомлении указывается причина отказа. Медицинский работник вправе повторно в течение 2016 года обратиться с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в пункте 2.1 настоящего Порядка, после устранения указанных несоответствий.

Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

7. Между медицинским работником, Департаментом и государственным учреждением здравоохранения Тюменской области или муниципальным учреждением здравоохранения, с которым медицинским работником заключен трудовой договор, заключается трехсторонний договор по форме согласно приложению № 2 к настоящему Положению, предусматривающий:

а) обязанность медицинского работника в течение пяти лет работать 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 соответствующим учреждением здравоохранения;

б) порядок перечисления медицинскому работнику средств выплаты в течение 30 календарных дней со дня заключения данного договора на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации;

в) обязанность медицинского работника возратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7

части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному медицинским работником периоду, с указанием реквизитов счета для возврата средств;

г) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных данным договором, в том числе по возврату выплаты в случаях, указанных в подпункте «в» настоящего пункта.

8. Департамент и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области (далее – ТФОМС Тюменской области) в срок до 15-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются выплаты медицинским работникам, представляют в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования заявки на получение иных межбюджетных трансфертов для осуществления выплат по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

9. Средства на осуществление выплат медицинским работникам, поступившие из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджет ТФОМС Тюменской области, в течение 3 рабочих дней перечисляются в областной бюджет для последующего направления Департаменту.

Департамент в срок, установленный трехсторонним договором, указанным в пункте 7 настоящего Положения, перечисляет средства (включая средства областного бюджета пропорционально доле в сумме выплаты, определенной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации.

10. В случае прекращения трудового договора медицинского работника с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока, учреждение обязано уведомить об этом Департамент в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

Медицинский работник при этом обязан произвести возврат части выплаты в соответствии с подпунктом «в» пункта 7 настоящего Положения в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора на лицевой счет Департамента. Департамент в течение 3 рабочих дней со дня поступления средств на лицевой счет Департамента осуществляет возврат вышеуказанных средств (пропорционально доле в сумме выплаты, определенной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») в бюджет ТФОМС Тюменской области.

ТФОМС Тюменской области перечисляет вышеуказанные средства в течение 3 рабочих дней со дня поступления средств на лицевой счет ТФОМС Тюменской области в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Приложение № 1  
к Положению о предоставлении в 2016 году  
единовременных компенсационных выплат  
медицинским работникам с высшим образованием,  
прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу  
в сельские населенные пункты либо рабочие  
поселки, либо поселки городского типа

**ФОРМА  
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ  
ЕДИНОВРЕМЕННОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ**

Директору Департамента  
здравоохранения Тюменской области

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере одного миллиона рублей.

1. Сведения о документе о высшем образовании заявителя:

\_\_\_\_\_ (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, 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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

2.5. Трудовой договор от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

3. Адрес места жительства в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа по месту работы

\_\_\_\_\_ (индекс, наименование населенного пункта, улица, дом, квартира)

4. Адрес постоянного места жительства

\_\_\_\_\_ (указывается в соответствии с паспортом)

5. На заключение трехстороннего договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику с высшим медицинским образованием \_\_\_\_\_ (согласен(-а)/ не согласен(-а))

6. На обработку персональных данных \_\_\_\_\_ (согласен(-а)/ не согласен(-а))

7. Контактная информация: телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
почтовый адрес \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись (Ф.И.О. полностью)

Приложение  
к заявлению на предоставление  
единовременной компенсационной выплаты

Согласие  
на обработку персональных данных медицинского работника

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

при подаче заявления для получения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим (переехавшим) в году, на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, в Департамент здравоохранения Тюменской области (далее – Оператор), находящийся по адресу: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях формирования заявок в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Номер телефона и адрес электронной почты.
3. Сведения о профессии, должности, образовании.

4. Иные сведения, специально предоставленные мной для формирования заявок в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия служебного контракта (трудового договора) с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись (Ф.И.О. полностью)



Приложение № 2  
к Положению о предоставлении в 2016 году  
единовременных компенсационных выплат  
медицинским работникам с высшим образованием,  
прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу  
в сельские населенные пункты либо рабочие  
поселки, либо поселки городского типа

## ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**об осуществлении в 2016 году единовременных**  
**компенсационных выплат медицинским работникам с высшим**  
**образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в**  
**сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки**  
**городского типа**

г. Тюмень

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Департамент здравоохранения Тюменской области в лице директора  
Департамента здравоохранения Тюменской области  
\_\_\_\_\_, действующего на основании  
Положения о Департаменте, утвержденного постановлением Правительства  
Тюменской области от 24.12.2007 № 320-п, именуемый в дальнейшем  
«Департамент», с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
(наименование организации)  
в лице главного врача \_\_\_\_\_,  
действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем  
«Учреждение», со второй стороны, и  
гр.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. получателя)  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем и когда)

именуемый(ая) в дальнейшем «Получатель», с третьей стороны, заключили  
настоящий трехсторонний договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предоставление в 2016 году единовременной компенсационной  
выплаты (далее – выплата) медицинскому работнику с высшим медицинским  
образованием, прибывшему (переехавшему) в 2016 году на работу в  
сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки  
городского типа, в соответствии с Положением о предоставлении в 2016 году  
единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с

высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, (далее — Положение).

1.2. Право на получение выплаты предоставляется Получателю один раз за весь период трудовой деятельности.

В случае возврата Получателем выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующим Учреждением Тюменской области, подведомственным Департаменту, до истечения пятилетнего срока вторично право на получение выплаты у Получателя не возникает.

## 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Департамент обязуется:

2.1.1. В течение тридцати календарных дней со дня заключения договора, при условии предоставления Получателем реквизитов счета, открытого в кредитной организации, перечислить денежные средства в размере **одного миллиона рублей** на счет Получателя, в соответствии с пунктом 7 Положения.

2.1.2. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки, заключить дополнительное соглашение с Получателем и Учреждением о продлении срока действия данного договора.

2.1.3. Перечислить Получателю средства, указанные в пункте 2.1.1, на указанные им реквизиты, включающие в себя:

для банковской карты – банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя; расчетный счет получателя; номер банковской карты получателя;

для сберегательной книжки – банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя, счет получателя физического лица; ФИО в именительном падеже.

2.1.4. В течение 3 рабочих дней со дня возврата Получателем части выплаты, осуществить возврат денежных средств, приходящихся на долю иных межбюджетных трансфертов, являвшихся источником финансирования выплаты, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области.

2.1.5. В случае не возврата денежных средств Получателем в добровольном порядке в срок, установленный пунктом 10 Положения, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.6. В случае установления факта предоставления Получателем недостоверных сведений (под недостоверными сведениями понимается наличие в их содержании не соответствующих действительности сведений, искажений и неточностей), на основании которых Получателю была предоставлена выплата, направить в течение трех рабочих дней со дня установления такого факта Получателю и Учреждению уведомление о расторжении Договора в одностороннем порядке по инициативе Департамента, содержащее требование о возврате денежных средств в полном объеме.

## **2.2. Учреждение обязуется:**

2.2.1. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки, уведомить Департамент в течение 3 рабочих дней со дня предоставления отпуска по уходу за ребенком и заключить дополнительное соглашение с Получателем и Департаментом о продлении срока действия данного договора.

2.2.2. В случае выхода Получателя из отпуска по уходу за ребенком, уведомить Департамент в течение 3 рабочих дней со дня прекращения отпуска по уходу за ребенком Получателя.

2.2.3. В случае прекращения трудового договора между Получателем и Учреждением до истечения пятилетнего срока отработки, в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора уведомить Департамент с указанием основания его прекращения.

2.2.4. В случае увольнения Получателя направить ему уведомление о возврате денежных средств с указанием сроков возврата и реквизитов счета Департамента для возврата, но не позднее дня, следующего за днем приема заявления об увольнении.

2.2.5. При изменении реквизитов Получателя, указанных в разделе 5 настоящего договора, проинформировать Департамент в течение 3 рабочих дней с даты изменения реквизитов.

2.2.6. В случае обнаружения недостоверных сведений, предоставленных Получателем направить в адрес Департамента информацию о предоставлении недостоверных сведений с приложением подтверждающих документов в течение трех рабочих дней со дня обнаружения.

## **2.3. Получатель обязуется:**

2.3.1. Предоставлять Учреждению при трудоустройстве достоверные сведения, которые подтверждают его право на получение единовременной компенсационной выплаты.

2.3.2. В течение 5 лет работать 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 соответствующим учреждением здравоохранения. Течение пятилетнего срока приостанавливается на период нахождения Получателя в отпуске по уходу за ребенком.

2.3.3. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки, заключить дополнительное соглашение с Департаментом и Учреждением о продлении срока действия данного договора.

2.3.4. Возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с Учреждением до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.5. Возвратить полученные денежные средства в полном объеме на лицевой счет Департамент в течение 30 календарных дней в случае расторжения настоящего договора в соответствии с пунктом 3.3. настоящего договора.

2.3.6. В случае если выплата подлежит возврату в течение 2016 года, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент финансов Тюменской области, л/с 02672005550, Департамент здравоохранения ТО)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

БИК 047102001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) Р/с 40201810200000100009 Классификация расходов бюджета:

40 % - 0909 59004R1360 290 360 00000 00000 009

60 % - 0909 5900451360 290 360 00000 00000 009

Код ОКТМО 71701000

В случае если выплата подлежит возврату в последующие годы, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 03672005260) ИНН 7202161807 КПП 720301001; Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) БИК 047102001 р/с 40101810300000010005 Код классификации дохода бюджета: 009 1 13 02992 02 0005 130

ОКТМО 71701000

### **3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

3.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

3.3. В случае обнаружения Департаментом недостоверных сведений, предоставленных Получателем и (или) Учреждением, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Департаментом уведомления о расторжении Договора.

3.5. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями трех Сторон.

### **4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

4.2. В случае возникновения в связи с выполнением обязательств по настоящему договору споров, они разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке, путем обращения иницирующей стороны в Центральный районный суд города Тюмени.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли сторон.

4.4. Все дополнительные соглашения сторон к настоящему Договору, подписываемые при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

4.5. Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр – Получателю, один экземпляр – Департаменту, один экземпляр – Учреждению.

4.6. Отношения Сторон, неурегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

## 5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Департамент:**

Наименование:  
 Департамент здравоохранения  
 Тюменской области  
 Юр. Адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, 48  
 тел/ф (3452) 55-78-00  
 ИНН 7202161807 КПП 720301001  
 ОГРН 1077203024293  
 ОКОНХ 97410 ОКВЭД 751121  
 ОКПО 00090842  
 Банковские реквизиты:  
 УФК по Тюменской области  
 (л/с 02672005550 Департамент финансов  
 Тюменской области, Департамент  
 здравоохранения ТО ЛС001120163ДЗДР)  
 Р/с 40201810200000100009  
 БИК 047102001 Отделение по Тюменской  
 области Уральского главного управления  
 Центрального банка РФ (Отделение  
 Тюмень)

Директор департамента

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

М.П.

**Учреждение:**

Наименование: \_\_\_\_\_  
 Юр. Адрес: \_\_\_\_\_  
 Факт. Адрес: \_\_\_\_\_  
 тел/ф: \_\_\_\_\_  
 КПП \_\_\_\_\_  
 р/с \_\_\_\_\_  
 в \_\_\_\_\_  
 л/с № \_\_\_\_\_  
 БИК \_\_\_\_\_

Главный врач

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

М.П.

**Получатель:**

ФИО: \_\_\_\_\_  
 Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Тел: \_\_\_\_\_  
 ИНН \_\_\_\_\_  
 Страхование свидетельства обязательного  
 пенсионного страхования: \_\_\_\_\_  
 р/с \_\_\_\_\_  
 в \_\_\_\_\_  
 л/с № \_\_\_\_\_  
 БИК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)