



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

от 05 февраля 2013 г. № 45-рО

г. Архангельск

**Об утверждении формы типового договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам прибывшим (переехавшим) в 2013 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки Архангельской области**

В соответствии с пунктом 9 Положения о предоставлении в 2013 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2013 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки Архангельской области, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 22 января 2013 года № 8-пп:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам прибывшим (переехавшим) в 2013 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки Архангельской области.

2. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Министр

**Л.И. Меньшикова**

Утверждена  
распоряжением министерства  
здравоохранения  
Архангельской области

от 05 февраля 2013 г. № 45-ДО

**ФОРМА**

**типового договора**

**об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам в соответствии с Положением о предоставлении в 2013 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2013 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки Архангельской области**

г. Архангельск

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2013 года

Министерство здравоохранения Архангельской области, именуемое в дальнейшем «Уполномоченный орган», в лице министра Меньшиковой Ларисы Ивановны, действующей на основании распоряжения Губернатора Архангельской области от 26.03.2012 № 229-р и Положения о министерстве, с одной стороны, медицинский работник \_\_\_\_\_ именуемый в

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения

дальнейшем «Медицинский работник» паспорт \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ номер, серия, кем и когда выдан

проживающий(щая) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ адрес места жительства заявителя в сельском населенном пункте по месту работы

адрес регистрации \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ указать адрес до принятия на работу в учреждение здравоохранения

закончил(ла) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ указать учреждение высшего профессионального образования

по специальности \_\_\_\_\_ являюсь медицинским работником, заключившим по специальности \_\_\_\_\_ трудовой договор

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ указать организационно-правовую форму государственного учреждения здравоохранения области

расположенное \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ юридический адрес учреждения здравоохранения

\_\_\_\_\_ и структурного подразделения (в случае обособленного расположения)

с другой стороны, и государственное бюджетное (автономное) учреждение здравоохранения Архангельской области \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ именуемое в дальнейшем «Учреждение», в

лице главного врача \_\_\_\_\_,

действующего на основании Устава учреждения, 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 2013 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2013 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки Архангельской области, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 22 января 2013 года № 8-пп (далее – Положение).

## **2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **2.1. Уполномоченный орган обязан:**

2.1.1. Обеспечить предоставление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей в течение 30 дней со дня заключения настоящего Договора в порядке, установленном настоящим Договором.

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

2.1.3. Обеспечить направление денежных средств, поступивших на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области, 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 территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области.

### **2.2. Медицинский работник обязан:**

2.2.1. Работать в течение пяти лет (за исключением периода нахождения в отпуске по беременности и родам и периода 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 возвращает в областной бюджет в 10-дневный срок после 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. Медицинский работник подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Уполномоченным органом, Учреждением, территориальным фондом медицинского страхования Архангельской области и Федеральным фондом медицинского страхования Российской Федерации, именуемые 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:

Согласовывать в течение пяти лет с Уполномоченным органом вносимые изменения в условия трудового договора с Медицинским работником, а в случае прекращения трудового договора с Медицинским работником до истечения пятилетнего срока, Учреждение обязано уведомить об этом Уполномоченный орган в течение 3 (Трех) рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

### **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. В случае если в 10-дневный срок 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  
Юридический адрес: 163004,  
г. Архангельск, пр. Троицкий, 49  
ИНН 2901070303  
КПП 290101001  
Расчетный счет: №  
40201810100000100077  
Управление Федерального казначейства  
по Архангельской области  
л/с 03242017550  
ГРКЦ ГУ Банка России по  
Архангельской обл.  
г. Архангельск  
БИК 041117001  
Телефон: 21-55-84  
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 \_\_\_\_\_

Л.И. Меньшикова

М.П.

### Учреждение:

Название \_\_\_\_\_  
Юридический адрес: \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_  
КПП \_\_\_\_\_  
Расчетный счет: \_\_\_\_\_  
л/с \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
ОКАТО \_\_\_\_\_  
Телефон/факс \_\_\_\_\_

М.П. (подпись)

(ф.и.о. руководителя)