



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 15 марта 2016 г. № 122-рд

г. Архангельск

Об утверждении формы типового договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки (поселки городского типа) Архангельской области

В соответствии с пунктом 9 Положения о предоставлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки (поселки городского типа) Архангельской области, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 17 февраля 2015 года № 51-пп:

1. Утвердить прилагаемую форму типового договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки (поселки городского типа) Архангельской области.

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

**Исполняющий обязанности
министра**

А.В. Крюков

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения
Архангельской области
от 15 марта 2016 г. № 122-рз

ФОРМА ТИПОВОГО ДОГОВОРА

об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам в соответствии с Положением о предоставлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки (поселки городского типа) Архангельской области

г. Архангельск

«___» _____ 2016 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,

медицинский

работник

_____, именуемый(ая) 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, поселке городского типа)

адрес регистрации _____,
адрес регистрации по месту жительства

закончивший (ая) _____,
наименование образовательной организации высшего образования

по специальности _____, заключивший(ая) трудовой договор от _____ № _____ с _____,
наименование медицинской организации

расположенным _____,
юридический адрес медицинской организации

и обособленного структурного подразделения (в случае работы не по месту нахождения медицинской организации),

для выполнения работы по должности _____,

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

_____, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице _____, главного _____

_____, действующего на основании Устава Медицинской организации, 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 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки (поселки городского типа) Архангельской области, 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 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. 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 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 территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области.

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 Медицинской организацией.

2.2.2. возвратить денежные средства, полученные в качестве единовременной компенсационной выплаты, в областной бюджет в 10-дневный срок после расторжения трудового договора с Медицинской организацией, путем их перечисления на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, указанный в разделе 7 настоящего Договора, в случае расторжения трудового договора с Медицинской организацией 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 не отработанному Медицинским работником периоду начиная с даты заключения Договора.

2.3. Медицинский работник подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Уполномоченным органом, Медицинской организацией, территориальным фондом обязательного медицинского страхования

Архангельской области и Федеральным фондом обязательного 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 Российской Федерации (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 Медицинской организацией (дата заключения, номер, юридический адрес Медицинской организации, адрес структурного подразделения, наименование Медицинской организации, наименование специальности) и другую информацию, предоставляемую 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 лицам, 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. Медицинская организация обязана согласовывать в течение пяти лет с даты заключения настоящего Договора с Уполномоченным органом изменения, вносимые в условия трудового договора с Медицинским работником, а в случае прекращения трудового договора с Медицинским работником до истечения пятилетнего срока, Медицинская организация обязана 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.

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. В случае, если в 10-дневный срок после расторжения трудового договора денежные средства не будут добровольно возвращены Медицинским работником, их возврат осуществляется Уполномоченным органом в судебном порядке.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим 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.

Медицинская организация:

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

_____ / _____ /
М.П. (подпись)

(ф.и.о. руководителя)