

(Продолжение. Начало на 13–14-й стр.).

9

1. Предмет договора

1.1. Предметом настоящего договора является предоставление Медицинскому работнику выплаты в размере 750 000 (семьсот пятьдесят тысяч) рублей в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от _____ № _____ «Об установлении в 2022 году выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций Свердловской области, прибывших (переехавших) на работу в населенные пункты, расположенные на территории Свердловской области, и заключивших в 2022 году трудовой договор с государственной медицинской организацией Свердловской области, с выполнением трудовой функции на должности «фельдшер» в структурном подразделении «врачебная амбулатория».

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязан:

- 1) со дня заключения настоящего договора исполнять трудовые обязанности в _____ (наименование Медицинской организации, структурного подразделения, адрес) на должности «фельдшер» в структурном подразделении «врачебная амбулатория» в течение пяти лет при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьей 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) надлежащим образом исполнять профессиональные обязанности, определенные трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией;
 - 3) в случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5–7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам в течение 30 рабочих дней со дня увольнения (перевода, поступления на обучение) вернуть в областной бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока;
 - 4) в случае выявления после осуществления выплаты фактов представления Медицинским работником недостоверных сведений вернуть полученные денежные средства в размере 750 000 (семьсот пятьдесят тысяч) рублей в течение 30 рабочих дней со дня получения уведомления о возврате выплаты;
 - 5) в случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока в связи с призывом на военную службу (в соответствии с подпунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) в течение 30 рабочих дней со дня увольнения вернуть в областной бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока, или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей, заключив с Медицинской организацией дополнительное соглашение (по выбору Медицинского работника).
- 2.2. Министерство обязано в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора перечислить денежные средства в размере 750 000 (семьсот пятьдесят тысяч) рублей на расчетный счет Медицинского работника.
- 2.3. Медицинская организация обязана:
- 1) проверять достоверность сведений и документов, представленных Медицинским работником;
 - 2) в день увольнения выдать Медицинскому работнику уведомление о возврате в областной бюджет в течение 30 рабочих дней со дня увольнения (перевода, поступления на обучение) части выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока.
- 2.4. Министерство вправе:

10

- 1) запрашивать у Медицинского работника и Медицинской организации сведения о наличии между ними трудовых отношений;
- 2) при необходимости проверять достоверность сведений и документов, представленных Медицинским работником;
- 3) осуществлять взыскание денежных средств в судебном порядке, в случае если денежные средства, подлежащие возврату, не будут возвращены Медицинским работником в течение 30 рабочих дней со дня увольнения.

3. Ответственность Сторон

- 3.1. Министерство, Медицинская организация и Медицинский работник несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, установленных настоящим договором, в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 3.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей, предусмотренных настоящим договором, в том числе увольнения Медицинского работника до истечения пятилетнего срока и неисполнения им обязанности по возврату выплаты в сроки, установленные подпунктами 3–5 пункта 2.1 настоящего договора, с Медицинского работника взимается неустойка (пени).
- Неустойка (пени) начисляется (начисляются) за каждый день, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, указанного в подпунктах 3–5 пункта 2.1 настоящего договора.
- Неустойка (пени) устанавливается (устанавливаются) в размере 1/300 действующей на день уплаты неустойки (пени) ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации и начисляется (начисляются) на сумму выплаты.

4. Порядок рассмотрения споров

- 4.1. Споры по настоящему договору рассматриваются в суде по месту нахождения Министерства.

5. Срок действия договора

- 5.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6. Заключительные положения

- 6.1. Изменения вносятся в настоящий договор по согласию Сторон путем оформления дополнительного соглашения.
- 6.2. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Медицинская организация (наименование медицинской организации)	Медицинский работник (Ф.И.О., паспортные данные, место регистрации)	Министерство здравоохранения Свердловской области 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б ИНН 6660010415
Руководитель (подпись) (Ф.И.О.) М.П.	(подпись)	(подпись) (Ф.И.О.) М.П.

11

Приложение № 2
к Порядку предоставления в 2022 году выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций Свердловской области, прибывших (переехавших) на работу в населенные пункты, расположенные на территории Свердловской области, и заключивших в 2022 году трудовой договор с государственной медицинской организацией Свердловской области, с выполнением трудовой функции на должности «фельдшер» в структурном подразделении «врачебная амбулатория»

Форма

В Министерство здравоохранения Свердловской области от работника

(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. работника)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ о предоставлении выплаты

В соответствии с Порядком предоставления в 2022 году выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций Свердловской области, прибывших (переехавших) на работу в населенные пункты, расположенные на территории Свердловской области, и заключивших в 2022 году трудовой договор с государственной медицинской организацией Свердловской области, с выполнением трудовой функции на должности «фельдшер» в структурном подразделении «врачебная амбулатория», утвержденным постановлением Правительства Свердловской области от _____ № _____ «Об установлении в 2022 году выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций Свердловской области, прибывших (переехавших) на работу в населенные пункты, расположенные на территории Свердловской области, и заключивших в 2022 году трудовой договор с государственной медицинской организацией Свердловской области, с выполнением трудовой функции на должности «фельдшер» в структурном подразделении «врачебная амбулатория» (далее – Порядок), прошу предоставить выплату в размере 750 000 (семьсот пятьдесят тысяч) рублей.

12

С условиями и порядком предоставления и возврата выплаты, установленными Порядком, ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна).

Реквизиты расчетного счета для перечисления выплаты:

Обязуюсь уведомить руководителя медицинской организации

(наименование медицинской организации)

о наступлении обстоятельств, не соответствующих условиям и порядку выплаты, установленным Порядком.

(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

(Окончание на 16-й стр.).