

(Окончание. Начало на 13–15-й стр.).

13

Приложение № 3
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

**УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в заключении договора о предоставлении выплаты
фельдшеру врачебной амбулатории**

Уважаемый (Уважаемая) _____!
(имя, отчество)

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» _____

(наименование медицинской организации)
уведомляет Вас об отказе в заключении договора о предоставлении выплаты по следующим
причинам:

- Вы вправе:
- 1) устранить причины, явившиеся основанием для отказа в заключении договора
о предоставлении выплаты, и обратиться повторно;
 - 2) оспорить решение об отказе в заключении договора о предоставлении выплаты путем
направления обращения в Министерство здравоохранения Свердловской области;

15

Приложение № 4
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

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о возврате выплаты**

Уважаемый (Уважаемая) _____!
(имя, отчество)

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» _____

(наименование медицинской организации)
уведомляет Вас об обязанности вернуть выплату в объеме _____

(сумма прописью)
в течение 30 рабочих дней со дня получения настоящего уведомления.
Причина (причины) возврата выплаты:

(руководитель медицинской организации) (подпись) (Ф.И.О.)

(дата) М.П.

14

3) обжаловать решение об отказе в заключении договора о предоставлении выплаты
в судебном порядке.

(руководитель медицинской организации) (дата) (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

16

Уведомление получено

(медицинский работник) (подпись) (Ф.И.О.)

(дата)