



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

13.03.2025 № 21-310

г. Петропавловск-Камчатский

**О внесении изменений в приложение 2 к приказу Министерства  
здравоохранения Камчатского края от 04.03.2024 № 21-192  
«Об образовании комиссии по предоставлению единовременных  
компенсационных выплат отдельным медицинским работникам в  
Камчатском крае»**

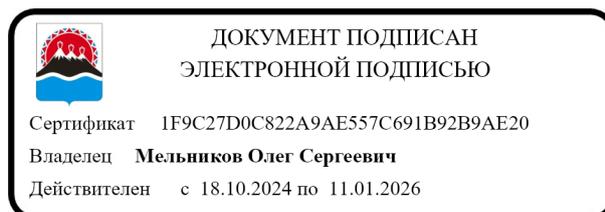
В связи с поступлением протеста прокуратуры Камчатского края от 25.02.2025 № 07-19-2025/Прт-7-25-20300001 на приказ Министерства здравоохранения Камчатского края от 04.03.2024 № 21-192 «Об образовании комиссии по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным медицинским работникам в Камчатском крае»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приложение 2 к приказу Министерства здравоохранения Камчатского края от 04.03.2024 № 21-192 «Об образовании комиссии по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным медицинским работникам в Камчатском крае» изменение, изложив приложение 2 к Положению о порядке работы комиссии по предоставлению единовременных компенсационных выплат отдельным медицинским работникам в Камчатском крае в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

Врио Министра  
здравоохранения  
Камчатского края



О.С. Мельников

Приложение к приказу  
Министерства здравоохранения  
Камчатского края

«Приложение 2 к Положению  
о порядке работы комиссии по  
предоставлению единовременных  
компенсационных выплат  
отдельным медицинским  
работникам в Камчатском крае

ФОРМА

СОГЛАСОВАНО

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения Камчатского края)

Главный врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

М.П.

Министерство здравоохранения  
Камчатского края

\_\_\_\_\_  
от медицинского работника

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. при наличии)

\_\_\_\_\_  
(должность медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения Камчатского края)  
проживающего(ей) по адресу:

тел: \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Прошу Вас предоставить мне единовременную компенсационную выплату в соответствии с постановлением Правительства Камчатского края от 05.06.2023 № 310-П «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат в 2024-2026 годах отдельным медицинским работникам в Камчатском крае» (далее – Порядок предоставления единовременной компенсационной выплаты) в размере \_\_\_\_\_ и

(2 млн. руб./1 млн. руб./0,5 млн. руб.)

заключить договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику в Камчатском крае.

Единовременная компенсационная выплата, предусмотренная частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации» и постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», мне

\_\_\_\_\_.  
(предоставлялась / не предоставлялась)

Неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (целевой подготовки) \_\_\_\_\_.  
(имею / не имею)

С Порядком предоставления единовременной компенсационной выплаты ознакомлен(а) и согласен(а) \_\_\_\_\_.  
(подпись медицинского работника )

Достоверность сведений, представленных в целях получения единовременной компенсационной выплаты, подтверждаю \_\_\_\_\_.  
(подпись медицинского работника )

Приложение: на \_\_\_\_ листах.

\_\_\_\_\_  
(дата подписания заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. при наличии)

».