ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_

о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому

работнику в Камчатском крае

г. Петропавловск-Камчатский «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

### Министерство здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Положения, утвержденного постановлением Правительства Камчатского края от 19.12.2008 № 414-П «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Камчатского края», с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­, действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_, со второй стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего договора является предоставление единовременной денежной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей Медицинскому работнику, прибывшему в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году на работу в Камчатский край \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование населенного пункта)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(из другого субъекта РФ, государства, после окончания образовательной организации)

в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления единовременных денежных выплат медицинским работникам в 2019-2021 годах в Камчатском крае, утвержденным постановлением Правительства Камчатского края № 363-П от 16.08.2013 (далее – выплата, Порядок).

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Медицинский работник обязан:

2.1.1. В соответствии с Порядком, перечнем документов и оснований, необходимых для предоставления выплаты, направить в Министерство достоверные сведения и документы в целях заключения настоящего Договора и получения выплаты.

2.1.2. Отработать в течение 3-х лет по основному месту работы в Учреждении на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории медицинских работников в соответствии с трудовым договором, заключенным Медицинским работником с Учреждением.

2.1.3. Надлежащим образом исполнять свои трудовые обязанности.

2.1.4. В случае прекращения (расторжения) трудового договора с Учреждением до истечения 3-летнего срока уведомить Министерство в течение 3 рабочих дней со дня прекращения (расторжения) трудового договора с указанием основания его прекращения (расторжения).

2.1.5. Возвратить в течение 30 рабочих дней со дня расторжения трудового договора в краевой бюджет часть выплаты, установленной пунктом 1.1 настоящего договора, рассчитанной с даты прекращения (расторжения) трудового договора, пропорционально неотработанному Медицинским работником периоду.

Банковские реквизиты для возврата Медицинским работником выплаты пропорционально неотработанному периоду: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.1.6. Уведомить Министерство об изменении сведений и документов, предоставленных в целях заключения настоящего договора.

2.1.7. Возвратить в течение 10 календарных дней со дня расторжения настоящего договора в краевой бюджет полученную выплату в полном размере и уплатить проценты за пользование чужими денежными средствами, в случае выявления факта предоставления недостоверных сведений для ее получения.

2.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. В случае прекращения (расторжения) трудового договора с Учреждением до истечения 3-летнего срока отработки (кроме случаев расторжения такого трудового договора за виновные действия) и заключения в течение 5 рабочих дней со дня его прекращения (расторжения) трудового договора с другим государственным учреждением здравоохранения Камчатского края на срок не менее 3 лет для работы в населенных пунктах Камчатского края, предусмотренных пунктами 2, 3 части 1 Порядка, Медицинский работник имеет право обратиться в течение 15 рабочих дней со дня заключения трудового договора с другим государственным учреждением здравоохранения Камчатского края в Министерство для заключения дополнительного соглашения к настоящему договору в части изменения места работы Медицинского работника.

2.3. Министерство обязано:

2.3.1. Осуществлять обработку и обеспечивать защиту персональных данных Медицинского работника в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3.2. Перечислить в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей на расчетный счет Медицинского работника.

2.3.3. Осуществлять контроль за соблюдением условий предоставления выплаты.

2.4. Министерство вправе:

2.4.1. Запрашивать сведения и документы в целях проверки соблюдения Медицинским работником и Учреждением условий предоставления выплаты.

2.4.2. Требовать от Медицинского работника возврата выплаты в полном размере или рассчитанной пропорционально неотработанному периоду в случаях, предусмотренных настоящим договором, а также уплату процентов за пользование чужими денежными средствами.

2.5. Учреждение обязано:

2.5.1. Уведомить Министерство в течение 3 дней о прекращении трудового договора с Медицинским работником.

2.5.2. Уведомить Министерство об изменении сведения и документов, предоставленных Медицинским работником в целях заключения настоящего договора.

2.5.3. Направить в Министерство заверенные копии документов, связанные с изменением (прекращением) трудового договора Медицинского работника, не позднее дня, следующего за днем соответствующего изменения (прекращения).

**3. Особые условия**

3.1. Часть выплаты не возвращается в краевой бюджет в следующих случаях:

а) расторжения трудового договора при отказе медицинского работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в [порядке](consultantplus://offline/ref=73E726F21C2B2FA35BD293F747BC84D35FCD2857DF4D12961A75E366249C8A8B6D307DF02A969C1B6F0388940A275BFCB1F5E579DFAC800Ag2b5W), установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствие у работодателя соответствующей работы;

б) расторжения трудового договора в случае ликвидации либо прекращения деятельности медицинского учреждения, сокращения медицинского работника;

в) прекращения трудового договора по обстоятельствам, независящим от воли сторон:

- призыва медицинского работника на военную службу или направление его на заменяющую её альтернативную гражданскую службу;

- восстановления на работе медицинского работника, ранее выполняющего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда;

- признания медицинского работника полностью неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

г) смерти медицинского работника, а также признание судом медицинского работника умершим или безвестно отсутствующим;

д) наступления чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или Правительства Камчатского края.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим договором.

4.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанности, предусмотренной пунктами 2.1.5 настоящего договора, по возврату части выплаты, Медицинский работник уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в краевой бюджет в размере, предусмотренном [частью 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации](http://docs.cntd.ru/document/9027690), от части выплаты, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока возврата части выплаты, до даты ее возврата.

**5. Досудебное урегулирование спора**

5.1. Заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения (далее – уведомление), с которыми настоящий договор связывает наступление гражданско-правовых последствий для другой Стороны, должны направляться по следующему адресу:

Министерству: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Учреждению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Медицинскому работнику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.2. В случае возникновения спорной ситуации уведомление одной из Сторон вручается лично под роспись либо направляется заказным письмом с уведомлением по адресу, указанному в п. 5.1. настоящего договора.

5.3. Датой получения уведомления одной из Сторон, направленного заказным письмом с уведомлением, является дата вручения (его доверенному лицу) письма, указанная в почтовом уведомлении или дата возврата письма, в случае его неполучения Стороной.

5.4. Уведомление подлежит рассмотрению одной из Сторон в течение 10 календарных дней со дня его получения.

5.5. В случае получения от одной из Сторон отказа на исполнение уведомления либо неполучения ответа в срок, указанный в уведомлении, все требования в нем считаются полностью отклоненными.

**6. Срок действия договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. При прекращении действия настоящего договора Стороны не освобождаются от своих неисполненных обязательств, выплаты причитающихся процентов за пользование чужими денежными средствами, возникших вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему договору.

**7. Порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Расторжение настоящего договора допускается по соглашению сторон, по решению суда.

7.2. В случае выявления факта предоставления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке по инициативе Министерства, выплата подлежит возврату Медицинским работником в краевой бюджет в полном размере с уплатой процентов за пользование чужими денежными средствами в размере, предусмотренном [пунктом 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации](http://docs.cntd.ru/document/9027690), от полученной выплаты, за каждый день пользования, с даты зачисления выплаты на счет Медицинского работника, открытый в кредитной организации, до даты ее возврата.

7.3. Договор считается расторгнутым с момента получения Медицинским работником уведомления о расторжении настоящего договора. Уведомление вручается лично под роспись Медицинскому работнику либо направляется заказным письмом с уведомлением по адресу Медицинского работника, указанному в п. 5.1. настоящего договора. Датой получения уведомления о расторжении настоящего договора, направленного заказным письмом с уведомлением, является дата вручения Медицинскому работнику (доверенному лицу Медицинского работника) письма, указанная в почтовом уведомлении, или дата возврата письма Министерству.

**8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**9. Адреса, реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство:**  **Министерство здравоохранения**  **Камчатского края**  Адрес: Ленина площадь, д.1,  г. Петропавловск-Камчатский, 683040  Адрес места нахождения:  г. Петропавловск-Камчатский,  Ленинградская улица, д.118.  Телефон: 8 (4152) 424702  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись, ФИО) | **Медицинский работник:**  Ф.И.О.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись, ФИО) |
| М.П.  **Учреждение:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, ФИО)  М.П. |  |