Приложение 2

к приказу Министерства здравоохранения Камчатского

края

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2020 г. № \_\_\_\_\_\_\_

ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

медицинскому работнику в Камчатском крае

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

### Министерство здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Камчатского края «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_, со второй стороны, и гражданин Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны»,

### в соответствии с постановлением Правительства Камчатского края от 12.03.2018 № 104-П «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат в 2018-2020 годах отдельным медицинским работникам в Камчатском крае» (далее–Порядок), заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего договора является предоставление Министерством единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее-выплата) Медицинскому работнику,

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

прибывшему (переехавшему) в 2020 году на работу в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и заключившему трудовой (наименование населенного пункта)

договор с Медицинской организацией на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование должности, наименование структурного подразделения)

включенной в Перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на 20\_\_ год (программный реестр должностей).

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Медицинский работник обязуется:**

2.1.1. Направить в Министерство достоверные сведения в целях заключения настоящего договора для получения выплаты, в соответствии с установленными нормативными правовыми актами, Порядком, перечнем документов и оснований, необходимых для предоставления выплаты.

2.1.2. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения настоящего договора на должности в соответствии с трудовым договором.

2.1.3. Продлить настоящий договор на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного [статьями 106](http://docs.cntd.ru/document/901807664) и [107 Трудового кодекса Российской Федерации)](http://docs.cntd.ru/document/901807664).

2.1.4. Представить по запросу Министерства сведения и документы в целях проверки соблюдения условий предоставления выплаты.

2.1.5. Возвратить в краевой бюджет в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего 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 в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам.

2.1.6. Возвратить в краевой бюджет в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору Медицинского работника).

2.1.7. Возвратить в течение 10 календарных дней со дня расторжения настоящего договора в краевой бюджет полученную выплату в полном размере в случае выявления факта представления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты.

2.1.8 Банковские реквизиты для возврата Медицинским работником выплаты: УФК по Камчатскому краю (Министерство здравоохранения Камчатского края, л/с 04382000330), ИНН 4100019852, КПП: 410101001,

банк получателя: Отделение Петропавловск-Камчатский, г.Петропавловск-Камчатский,    р/с 40101810100000010001, БИК 043002001, ОКТМО 30701000001, КБК: 814 113 02 992 02 6002 130.

**2.2. Министерство обязуется:**

2.2.1. Предоставить Медицинскому работнику выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с условиями Порядка и (2 млн. руб./1 млн. руб./0,5 млн. руб.)

настоящего договора и перечислить в течение 30 календарных дней со дня заключения настоящего договора на счет Медицинского работника, открытый в кредитной организации.

2.2.2. Осуществлять контроль за соблюдением условий предоставления выплаты.

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

2.2.4. Продлить настоящий договор на период неисполнения Медицинским работником трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного [статьями 106](http://docs.cntd.ru/document/901807664) и [107 Трудового кодекса Российской Федерации)](http://docs.cntd.ru/document/901807664).

2.2.5. 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.

**2.3. Министерство вправе:**

2.3.1. Запрашивать сведения и документы в целях проверки соблюдения Медицинским работником и Медицинской организацией условий предоставления выплаты.

2.3.2. Проверять достоверность сведений, содержащихся в представляемых документах.

**2.4. Медицинская организация обязуется:**

2.4.1. Проверять наличие и достоверность документов, предоставляемых Медицинским работником для выплаты.

2.4.2. Предоставить по запросу Министерства сведения и документы в целях проверки соблюдения условий предоставления выплаты.

2.4.3. Уведомить Министерство о намерении Медицинского работника прекратить трудовой договор с Медицинской организации не менее чем за 2 недели до дня прекращения трудового договора.

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

2.2.5. Продлить настоящий договор на период неисполнения Медицинским работником трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного [статьями 106](http://docs.cntd.ru/document/901807664) и [107 Трудового кодекса Российской Федерации)](http://docs.cntd.ru/document/901807664).

**3. Ответственность сторон**

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

3.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей, предусмотренных пунктами 2.1.5-2.1.7 настоящего договора, по возврату выплаты, Медицинский работник уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в краевой бюджет в размере, предусмотренном [пунктом 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.

**4. Досудебное урегулирование спора**

4.1. 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: Ленина площадь, д.1, г. Петропавловск-Камчатский;

Медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

4.2. В случае возникновения спорной ситуации уведомление одной из Сторон вручается лично под роспись либо направляется заказным письмом с уведомлением по адресу, указанному в п. 4.1. настоящего договора.

4.3. 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.

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

4.5. 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.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания Сторонами и действует в течение 5 лет, а в части неисполненных Сторонами обязательств - до полного исполнения.

5.2. Срок действия настоящего договора может быть продлен по соглашению Сторон на период неисполнения Медицинским работником трудовой функции в полном объеме.

**6. Изменение и расторжение договора**

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору совершаются в письменной форме.

6.2. Договор может быть расторгнуть по соглашению сторон.

6.3. В случае выявления факта предоставления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке по инициативе Министерства.

6.4. 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. 4.1. 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.

**7. Заключительные положения**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство:****Министерство здравоохранения** **Камчатского края**Почтовый адрес:Ленина площадь, д.1,г. Петропавловск-Камчатский, 683040Место нахождения: г. Петропавловск-Камчатский,Ленинградская улица, д.118.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, ФИО) | **Медицинский работник:**Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, ФИО) |
| М.П.**Медицинская организация:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, ФИО)М.П. |  |