|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование учреждения здравоохранения Камчатского края) Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ годаМ.П. | Министру здравоохранения Камчатского края\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее-единовременная компенсационная

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

выплата) 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) и 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 не предоставлялась.

Неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (целевой подготовкой) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (имею/не имею)

С Порядком предоставления единовременной компенсационной выплаты ознакомлен(а) и согласен(а).

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. В случае предоставления недостоверных сведений предупрежден(а) об ответственности.

Приложение: на \_\_\_ листах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (дата подписания заявления) (подпись) (Ф.И.О., расшифровка)