|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения Камчатского края)  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии)  «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года  М.П. | Министру здравоохранения Камчатского края  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. работника учреждения здравоохранения)  адрес для отправки почтового  уведомления:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

о предоставлении единовременной денежной выплаты

медицинскому работнику в 2023 году в Камчатском крае

Прошу предоставить единовременную денежную выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и заключить договор о предоставлении единовременной

(0,2/0,3/0,5 млн. руб.)

денежной выплаты медицинскому работнику в 2023 году в Камчатском крае.

С Порядком предоставления единовременной денежной выплаты, предусмотренным постановлением Правительства Камчатского края от 16.08.2013 № 363-П «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления единовременных денежных выплат медицинским работникам в 2023 годах в Камчатском крае», ознакомлен(а) и согласен(на).

Приложение: на \_\_\_\_ л.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись, расшифровка подписи)