

ПРАВИТЕЛЬСТВО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 29 августа 2016 г. N 357-п

**ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ В 2016 - 2017 ГОДАХ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ
КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ, ПРИБЫВШИХ (ПЕРЕЕХАВШИХ) В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ
ПУНКТЫ ЛИБО РАБОЧИЕ ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА**

Список изменяющих документов
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

В соответствии со [статьей 51](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации":

1. Утвердить [Положение](#) о предоставлении в 2016 - 2017 годах единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, согласно приложению к настоящему постановлению.
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

2. Определить Департамент здравоохранения Тюменской области уполномоченным исполнительным органом государственной власти Тюменской области на заключение договоров в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа.
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

3. Действие настоящего постановления распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2016 года.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Тюменской области, координирующего и контролирующего деятельность Департамента здравоохранения Тюменской области.

Губернатор области
В.В.ЯКУШЕВ

Приложение
к постановлению Правительства
Тюменской области
от 29 августа 2016 г. N 357-п

ПОЛОЖЕНИЕ
**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ В 2016 - 2017 ГОДАХ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ
КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ С ВЫСШИМ**

**ОБРАЗОВАНИЕМ, ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ) В 2016 - 2017 ГОДАХ
НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ ЛИБО РАБОЧИЕ ПОСЕЛКИ,
ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА**

Список изменяющих документов
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

1. Единовременная компенсационная выплата в размере одного миллиона рублей (далее - выплата) предоставляется в 2016 - 2017 годах медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Тюменской области или муниципальных учреждений здравоохранения в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, которые в 2016 - 2017 годах прибыли на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа или переехали в указанный период на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта (далее - медицинский работник).
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Право на получение выплаты предоставляется медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности. Выплата не предоставляется, если медицинский работник возвратил часть ранее полученной выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока, а затем вновь переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа.

Выплата устанавливается и выплачивается медицинскому работнику только по основному месту работы.
(абзац введен [постановлением](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Выплата не предоставляется, если медицинский работник повторно переехал (трудоустроился) на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, где он ранее работал в государственном учреждении здравоохранения Тюменской области или муниципальном учреждении здравоохранения.
(абзац введен [постановлением](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Выплата не предоставляется, если медицинский работник переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого сельского населенного пункта либо рабочего поселка, либо поселка городского типа, где он ранее работал в государственном учреждении здравоохранения Тюменской области или муниципальном учреждении здравоохранения.

Выплата предоставляется медицинским работникам при условии заключения ими трехстороннего договора, указанного в [пункте 7](#) настоящего Положения.

Настоящее Положение, а также информация об уполномоченном органе - Департаменте здравоохранения Тюменской области (далее - Департамент) размещается в сети Интернет на Официальном портале органов государственной власти Тюменской области www.admtyumen.ru.

2. Медицинский работник в течение трех рабочих дней со дня заключения трудового договора с государственным учреждением здравоохранения Тюменской области или муниципальным учреждением здравоохранения подает соответственно в государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения заявление о предоставлении выплаты по [форме](#) в соответствии с приложением N 1 к настоящему Положению, в котором указывает:

а) фамилию, имя, отчество, дату рождения заявителя;

б) сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

в) сведения о документе о высшем образовании заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

г) наименование учреждения, в котором заявитель осуществляет трудовую деятельность (в случае работы в структурном подразделении учреждения - наименование структурного подразделения), место работы в соответствии с трудовым договором, занимаемая должность, дата заключения трудового договора;

д) адрес места жительства заявителя в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа по месту работы, адрес постоянного места жительства заявителя до принятия на работу в вышеуказанное учреждение;

е) согласие на заключение [договора](#), указанного в пункте 7 настоящего Положения;

ж) номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении;

з) согласие на обработку персональных данных.

Медицинские работники, прибывшие (переехавшие) в 2016 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа и заключившие трудовые договоры с государственными учреждениями здравоохранения Тюменской области или муниципальными учреждениями здравоохранения до вступления в силу настоящего постановления, подают в государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения заявление о предоставлении выплаты в течение 7 рабочих дней со дня вступления настоящего постановления в силу.

2.1. Государственное учреждение здравоохранения Тюменской области или муниципальное учреждение здравоохранения, заключившее трудовой договор с медицинским работником:

1) проверяет правильность заполнения и достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника;

2) в течение трех рабочих дней со дня поступления от медицинского работника заявления направляет его в Департамент с приложением следующих документов:

а) копия документа, удостоверяющего личность медицинского работника;

б) копия документа о высшем медицинском образовании медицинского работника;

в) копия действующего сертификата специалиста медицинского работника;

г) заверенная работодателем копия трудовой книжки медицинского работника;

д) заверенная работодателем копия трудового договора медицинского работника.

3. Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

4. Департамент в течение 15 рабочих дней со дня поступления из государственного учреждения здравоохранения Тюменской области или муниципального учреждения здравоохранения заявления медицинского работника о предоставлении выплаты,

соответствующего требованиям, указанным в [пункте 2](#) настоящего Положения, а также документов, указанных в [пункте 2.1](#) настоящего Положения, рассматривает заявление, проверяет наличие и достоверность предоставленных документов и принимает решение о предоставлении выплаты или об отказе в ее предоставлении.

5. Основаниями для отказа в предоставлении выплаты являются:

а) выявление недостоверных сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты (под недостоверными сведениями понимается наличие искажений и неточностей в содержании предоставленных документов);

б) несоответствие медицинского работника, подавшего заявление о предоставлении выплаты, требованиям [пункта 1](#) настоящего Положения;

в) непредоставление или неполное предоставление документов, указанных в [пунктах 2, 2.1](#) настоящего Положения.

6. Департамент в течение 2 рабочих дней со дня принятия решения об отказе в предоставлении выплаты, указанного в [пункте 5](#) настоящего Положения, направляет медицинскому работнику на указанный им почтовый (электронный) адрес уведомление о принятом решении.

При принятии решения о предоставлении выплаты в уведомлении указывается срок заключения [договора](#), указанного в [пункте 7](#) настоящего Положения (не более 10 рабочих дней со дня принятия решения, указанного в [пункте 4](#) настоящего Положения).

При принятии решения об отказе в предоставлении выплаты в уведомлении указывается причина отказа. Медицинский работник вправе повторно в течение 2016 - 2017 годов обратиться с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в [пункте 2.1](#) настоящего Порядка, после устранения указанных несоответствий.

(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

7. Между медицинским работником, Департаментом и государственным учреждением здравоохранения Тюменской области или муниципальным учреждением здравоохранения, с которым медицинским работником заключен трудовой договор, заключается трехсторонний договор по [форме](#) согласно приложению N 2 к настоящему Положению, предусматривающий:

а) обязанность медицинского работника в течение пяти лет работать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующим учреждением здравоохранения.

(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Исчисление пятилетнего срока работы медицинского работника в учреждении здравоохранения начинается с даты заключения трехстороннего [договора](#), указанного в [пункте 7](#) настоящего Положения;

(абзац введен [постановлением](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

б) порядок перечисления медицинскому работнику средств выплаты в течение 30 рабочих дней со дня заключения данного договора на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации;

(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

в) обязанность медицинского работника возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным [пунктом 8 части 1 статьи 77](#), [пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81](#), [пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83](#) Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному медицинским работником периоду, с указанием реквизитов счета для возврата средств;

г) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных данным договором, в том числе по возврату выплаты в случаях, указанных в [подпункте "в"](#) настоящего пункта.

8. Департамент и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области (далее - ТФОМС Тюменской области) ежемесячно представляют в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования заявки на получение иных межбюджетных трансфертов для осуществления выплат по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.
(в ред. [постановления](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

9. Средства на осуществление выплат медицинским работникам, поступившие из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджет ТФОМС Тюменской области, в течение 3 рабочих дней перечисляются в областной бюджет для последующего направления Департаменту.

Департамент в срок, установленный трехсторонним [договором](#), указанным в пункте 7 настоящего Положения, перечисляет средства (включая средства областного бюджета пропорционально доле в сумме выплаты, определенной Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации.

10. В случае прекращения трудового договора медицинского работника с соответствующим учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока учреждение обязано уведомить об этом Департамент в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

Медицинский работник при этом обязан произвести возврат части выплаты в соответствии с [подпунктом "в" пункта 7](#) настоящего Положения в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора на лицевой счет Департамента. Департамент в течение 3 рабочих дней со дня поступления средств на лицевой счет Департамента осуществляет возврат вышеуказанных средств (пропорционально доле в сумме выплаты, определенной Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") в бюджет ТФОМС Тюменской области.

ТФОМС Тюменской области перечисляет вышеуказанные средства в течение 3 рабочих дней со дня поступления средств на лицевой счет ТФОМС Тюменской области в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

11. Течение пятилетнего срока, установленного в [подпункте "а" пункта 7](#) настоящего Положения, не возобновляется в случае, если медицинский работник уволился из государственного учреждения здравоохранения Тюменской области или муниципального учреждения здравоохранения и затем вновь трудоустроился в данное учреждение.
(п. 11 введен [постановлением](#) Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

12. Департамент осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления выплат, установленных [статьей 51](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации".

(п. 12 введен постановлением Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Приложение N 1
к Положению о предоставлении в 2016 - 2017 годах
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием,
прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу
в сельские населенные пункты либо рабочие
поселки, либо поселки городского типа

**ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ЕДИНОВРЕМЕННОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ**

Список изменяющих документов
(в ред. постановления Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

Директору Департамента
здравоохранения Тюменской области
от _____
(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере одного миллиона рублей.

1. Сведения о документе о высшем образовании заявителя:

(вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)

2. Место работы в соответствии с трудовым договором:

2.1. Полное наименование учреждения

2.2. Наименование структурного подразделения

2.3. Занимаемая должность _____

2.4. Приказ о приеме на работу от _____ N _____

2.5. Трудовой договор от _____ N _____

3. Адрес места жительства в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа по месту работы

(индекс, наименование населенного пункта, улица, дом, квартира)

4. Адрес постоянного места жительства

(указывается в соответствии с паспортом)

5. На заключение трехстороннего договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику с высшим медицинским образованием _____ (согласен (-а) / не согласен (-а))

6. На обработку персональных данных _____ (согласен (-а) / не согласен (-а))

7. Контактная информация: телефон _____ e-mail _____
почтовый адрес _____

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

**Приложение
к заявлению на предоставление
единовременной компенсационной выплаты**

Согласие
на обработку персональных данных медицинского работника

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

при подаче заявления для получения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим медицинским образованием, прибывшим (переехавшим) в году, на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, в Департамент здравоохранения Тюменской области (далее - Оператор), находящийся по адресу: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях формирования заявок в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Номер телефона и адрес электронной почты.
3. Сведения о профессии, должности, образовании.
4. Иные сведения, специально предоставленные мной для формирования заявок в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в соответствии с которыми обработка персональных данных может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия служебного контракта (трудового договора) с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

**Приложение N 2
к Положению о предоставлении в 2016 - 2017 годах
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием,
прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу**

в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа

ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА

Список изменяющих документов
(в ред. постановления Правительства Тюменской области от 14.04.2017 N 147-п)

ДОГОВОР N _____
об осуществлении в 2016 - 2017 годах единовременных
компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием,
прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу
в сельские населенные пункты либо рабочие поселки,
либо поселки городского типа

г. Тюмень "___" _____ 201__ г.

Департамент здравоохранения Тюменской области в лице директора
Департамента здравоохранения Тюменской области _____,
действующего на основании Положения о Департаменте, утвержденного
постановлением Правительства Тюменской области от 24.12.2007 N 320-п,
именуемый в дальнейшем "Департамент", с одной стороны, и

(наименование организации)

в лице главного врача _____,
действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "Учреждение", со
второй стороны, и
гр.

(Ф.И.О. получателя)

паспорт серии _____ N _____, выданный _____

(кем и когда)

именуемый(ая) в дальнейшем "Получатель", с третьей стороны, заключили
настоящий трехсторонний договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предоставление в 2016 - 2017 годах единовременной компенсационной выплаты (далее - выплата) медицинскому работнику с высшим медицинским образованием, прибывшему (переехавшему) в 2016 - 2017 годах на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, в соответствии с Положением о предоставлении в 2016 - 2017 годах единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 - 2017 годах на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа (далее - Положение).

1.2. Право на получение выплаты предоставляется Получателю один раз за весь период трудовой деятельности.

В случае возврата Получателем выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующим Учреждением Тюменской области, подведомственным Департаменту, до истечения пятилетнего срока вторично право на получение выплаты у Получателя не возникает.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Департамент обязуется:

2.1.1. В течение тридцати рабочих дней со дня заключения договора, при условии предоставления Получателем реквизитов счета, открытого в кредитной организации, перечислить денежные средства в размере одного миллиона рублей на счет Получателя, в соответствии с [пунктом 7](#) Положения.

2.1.2. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки заключить дополнительное соглашение с Получателем и Учреждением о продлении срока действия данного договора.

2.1.3. Перечислить Получателю средства, указанные в [пункте 2.1.1](#), на указанные им реквизиты, включающие в себя:

для банковской карты - банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя; расчетный счет получателя; номер банковской карты получателя;

для сберегательной книжки - банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя, счет получателя физического лица; ФИО в именительном падеже.

2.1.4. В течение 3 рабочих дней со дня возврата Получателем части выплаты осуществить возврат денежных средств, приходящихся на долю иных межбюджетных трансфертов, являвшихся источником финансирования выплаты, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области.

2.1.5. В случае невозврата денежных средств Получателем в добровольном порядке в срок, установленный [пунктом 10](#) Положения, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.6. В случае установления факта предоставления Получателем недостоверных сведений (под недостоверными сведениями понимается наличие в их содержании не соответствующих действительности сведений, искажений и неточностей), на основании которых Получателю была предоставлена выплата, направить в течение трех рабочих дней со дня установления такого факта Получателю и Учреждению уведомление о расторжении Договора в одностороннем порядке по инициативе Департамента, содержащее требование о возврате денежных средств в полном объеме.

2.2. Учреждение обязуется:

2.2.1. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки уведомить Департамент в течение 3 рабочих дней со дня предоставления отпуска по уходу за ребенком и заключить дополнительное соглашение с Получателем и Департаментом о продлении срока действия данного договора.

2.2.2. В случае выхода Получателя из отпуска по уходу за ребенком уведомить Департамент в течение 3 рабочих дней со дня прекращения отпуска по уходу за ребенком Получателя.

2.2.3. Уведомить Департамент за две недели о намерении Получателя прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.2.4. В случае прекращения трудового договора между Получателем и Учреждением до истечения пятилетнего срока отработки в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора уведомить Департамент с указанием основания его прекращения.

2.2.5. В случае увольнения Получателя направить ему уведомление о возврате денежных средств с указанием сроков возврата и реквизитов счета Департамента для возврата, но не позднее

дня, следующего за днем приема заявления об увольнении.

2.2.6. При изменении реквизитов Получателя, указанных в [разделе 5](#) настоящего договора, проинформировать Департамент в течение 3 рабочих дней с даты изменения реквизитов.

2.2.7. В случае обнаружения недостоверных сведений, предоставленных Получателем, направить в адрес Департамента информацию о предоставлении недостоверных сведений с приложением подтверждающих документов в течение трех рабочих дней со дня обнаружения.

2.2.8. В случае увольнения Получателя уведомить его до предстоящего увольнения о последствиях увольнения, в том числе о необходимости возврата части выплаты и штрафа, указанного в [пункте 2.3.8](#) настоящего договора.

2.3. Получатель обязуется:

2.3.1. Предоставлять Учреждению при трудоустройстве достоверные сведения, которые подтверждают его право на получение единовременной компенсационной выплаты.

2.3.2. В течение 5 лет работать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующим учреждением здравоохранения. Течение пятилетнего срока приостанавливается на период нахождения Получателя в отпуске по уходу за ребенком.

Исчисление пятилетнего срока работы медицинского работника в учреждении здравоохранения начинается с даты заключения настоящего договора.

2.3.3. В случае предоставления Получателю отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока отработки заключить дополнительное соглашение с Департаментом и Учреждением о продлении срока действия данного договора.

2.3.4. Информировать Департамент за две недели о своем намерении прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.3.5. Возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с Учреждением до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным [пунктом 8 части 1 статьи 77](#), [пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81](#), [пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83](#) Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, а также выплатить штраф, предусмотренный [пунктом 2.3.8](#) настоящего договора, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.6. Возвратить полученные денежные средства в полном объеме на лицевой счет Департамент в течение 30 календарных дней в случае расторжения настоящего договора в соответствии с [пунктом 3.3](#) настоящего договора.

2.3.7. В случае если выплата подлежит возврату в течение 2017 года, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент финансов Тюменской области, л/с 02672005550, Департамент здравоохранения ТО)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

БИК 047102001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) Р/с 40201810200000100009 Классификация расходов бюджета:

40% - 0909 59004R1360 290 360 00000 00000 009

60% - 0909 5900451360 290 360 00000 00000 009

Код ОКТМО [71701000](#)

В случае если выплата подлежит возврату в последующие годы, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 03672005260) ИНН 7202161807 КПП 720301001; Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) БИК 047102001 р/с 40101810300000010005 Код классификации дохода бюджета: 009 1 13 02992 02 0005 130

ОКТМО [71701000](#)

Штраф, указанный в [пункте 2.3.8](#) настоящего договора, перечисляется по следующим реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 04672005260)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень)

р/с 40101810300000010005

БИК 047102001

код [ОКТМО 71701000](#)

Код дохода бюджета: 009 1 16 90020 02 0000 140.

2.3.8. В случае неисполнения Получателем обязанностей, указанных в [пункте 2.3.2](#) настоящего договора, Получатель выплачивает Департаменту штраф в размере 50% от части выплаты, подлежащей возврату согласно [пункту 2.3.5](#) настоящего договора.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

3.3. В случае обнаружения Департаментом недостоверных сведений, предоставленных Получателем и (или) Учреждением, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Департаментом уведомления о расторжении Договора.

3.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при

условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями трех Сторон.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

4.2. В случае возникновения в связи с выполнением обязательств по настоящему договору споров они разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке, путем обращения иницилирующей стороны в Центральный районный суд города Тюмени.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли сторон.

4.4. Все дополнительные соглашения сторон к настоящему Договору, подписываемые при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

4.5. Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр - Получателю, один экземпляр - Департаменту, один экземпляр - Учреждению.

4.6. Отношения Сторон, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Департамент:

Наименование:

Департамент здравоохранения

Тюменской области

Юр. Адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, 48

тел/ф (3452) 55-78-00

ИНН 7202161807 КПП 720301001

ОГРН 1077203024293

ОКОНХ 97410 ОКВЭД 751121

ОКПО 00090842

Банковские реквизиты:

УФК по Тюменской области

(л/с 02672005550 Департамент финансов

Тюменской области, Департамент

здравоохранения ТО ЛС001120163ДЗДР)

Р/с 40201810200000100009

БИК 047102001 Отделение по Тюменской

области Уральского главного управления

Центрального банка РФ (Отделение

Тюмень)

Директор департамента

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

Учреждение:

Наименование:

Юр. Адрес: _____

Факт. Адрес: _____

тел/ф: _____

КПП _____

р/с _____

в _____

л/с N _____

БИК _____

Главный врач

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

Получатель:

ФИО: _____

Адрес фактического проживания:

Тел.: _____

ИНН _____

Страховое свидетельство обязательного
пенсионного страхования:

р/с _____

в _____

л/с N _____

БИК _____

_____ (_____)
(Ф.И.О.)