|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения Камчатского края)  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О., подпись)  «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года  М.П. | Министру здравоохранения  Камчатского края  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от медицинского работника  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в соответствии с постановлением Правительства Камчатского

(1 млн. руб./0,5 млн. руб.)

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 в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1млн.руб./0,5млн.руб.) (по программе Земский доктор/Земский фельдшер), в соответствии с 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
 (имею/не имею)

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

(Ф.И.О., подпись, дата)

Приложение: на \_\_\_ листах.

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