|  |  |
| --- | --- |
|  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.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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)