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