ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_

о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому

работнику в 2023 году в Камчатском крае

г. Петропавловск-Камчатский «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Министерство здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_действующего на основании

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (положения или приказа)

с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,

(наименование медицинской организации)

именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (устава или приказа)

со второй стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (гражданство, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Предметом настоящего договора является предоставление единовременной денежной выплаты (далее – выплата) в размере \_\_\_\_\_ млн. рублей Медицинскому

 (0,2/0,3/0,5 млн. руб.)

работнику, прибывшему (переехавшему) в \_\_\_\_\_\_\_ году на работу в Камчатский край

 (2020–2023 гг.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование населенного пункта)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(из другого субъекта РФ, государства, после окончания образовательной организации)

в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления единовременных денежных выплат медицинским работникам в 2023 году в Камчатском крае, утвержденным постановлением Правительства Камчатского края № 363-П от 16.08.2013 (далее – выплата, Положение).

1. Права и обязанности Сторон

2. Медицинский работник обязан:

1) предоставить в Министерство достоверные сведения и документы в целях получения выплаты и заключения настоящего договора;

2) исполнять трудовые обязанности в Медицинской организации в течение 3 лет со дня заключения трудового договора на должности в соответствии с трудовым договором;

3) продлить настоящий договор на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

4) возвратить в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора в доход краевого бюджета часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения трехлетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5–7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

5) возвратить в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора в доход краевого бюджета часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения трехлетнего срока, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

6) возвратить в полном объеме в доход краевого бюджета полученную выплату не позднее 20 рабочих дней со дня получения уведомления Министерства в случае установления факта представления в Министерство медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты в соответствии с Положением;

7) сообщить в письменной форме Министерству об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), паспортных данных, адреса для направления заявлений, уведомлений, извещений, требований или иных юридически значимых сообщений, а также о намерении до истечения трехлетнего срока расторгнуть трудовой договор с Медицинской организацией.

8) направить в Министерство в течение 30 рабочих дней со дня заключения нового трудового договора с Медицинской организацией заявление о заключении дополнительного соглашения к настоящему договору в части изменения места работы и суммировании стажа работы в медицинских организациях;

9) продлить срок действия настоящего договора в случаях:

а) неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

б) нахождения в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет;

в) прохождения военной службы или заменяющей ее альтернативной гражданской службы в случае принятия решения Медицинским работником о продлении срока действия настоящего договора.

3. Медицинский работник вправе:

1) требовать своевременного предоставления выплаты;

2) получить в личном кабинете ЕГИССО информацию о факте назначения выплаты, а также о сроках и размере выплаты.

4. Министерство обязано:

1) осуществлять обработку и обеспечивать защиту персональных данных Медицинского работника в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) перечислить в течение 15 рабочих дней со дня заключения настоящего договора выплату на счет, открытый в кредитной организации Медицинскому работнику;

3) осуществлять проверку соблюдения Медицинским работником условий и порядка предоставления выплаты;

4) обеспечить представление информации о факте назначения выплаты, а также о сроках и размере выплаты посредством использования единой государственной информационной системы социального обеспечения (далее – ЕГИССО) в порядке и объеме, установленными Правительством Российской Федерации, и в соответствии с форматами, установленными оператором ЕГИССО;

5) отказать Медицинскому работнику в заключении дополнительного соглашения к договору о предоставлении выплаты:

а) при нарушении Медицинским работником срока заключения нового трудового договора с Медицинской организацией (в течение 10 рабочих дней после прекращения (расторжения) трудового договора);

б) при нарушении Медицинским работником срока предоставления в Министерство заявления о заключении дополнительного соглашения к настоящему договору в части изменения места работы и суммировании стажа работы в медицинских организациях (в течение 30 рабочих дней со дня заключения нового трудового договора с Медицинской организацией);

в) при предоставлении Медицинским работником документов не в полном объеме (заявления о заключении дополнительного соглашения к договору о предоставлении выплаты в части изменения места работы медицинского работника и суммировании стажа работы в медицинских организациях, копии нового трудового договора, заверенную медицинской организацией, сведений о трудовой деятельности Медицинского работника, оформленные в установленном законодательством порядке и (или) копии трудовой книжки, заверенной Медицинской организацией);

6) требовать от Медицинского работника возврата части выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду и выплаты в полном объеме в случае установления факта предоставления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты, а также уплаты процентов, возникших вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему договору.

5. Министерство вправе запрашивать сведения и документы в целях проверки соблюдения Медицинским работником и Медицинской организацией условий и порядка предоставления выплаты.

6. Медицинская организация обязана уведомить Министерство в течение 3 рабочих дней с приложением копий подтверждающих документов, о расторжении трудового договора с Медицинским работником по любым основаниям, предусмотренным Трудовым кодексом Российской Федерации, либо об основаниях, являющихся причиной для продления договора о предоставлении выплаты.

3. Ответственность сторон

7. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Медицинский работник обязан уплатить в доход краевого бюджета неустойку в размере 0,1 процента от суммы выплаты, подлежащей возврату в краевой бюджет, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного пунктами 4 и 5 части 2 настоящего договора в случае неисполнения Медицинским работником обязанности по возврату части выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения трехлетнего срока.

9. Медицинский работник обязан уплатить в доход краевого бюджета неустойку в размере 0,1 процента от суммы выплаты, подлежащей возврату в краевой бюджет, за каждый день пользования выплатой (с даты зачисления суммы выплаты на счет Медицинского работника по дату возврата денежных средств в доход краевого бюджета) в случае неисполнения Медицинским работником обязанности по возврату выплаты в полном объеме, в срок предусмотренный пунктом 6 части 2 настоящего договора.

10. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Досудебное урегулирование спора

11. Уведомления, с которыми настоящий договор связывает наступление гражданско-правовых последствий для другой Стороны, должны направляться по следующему адресу:

Министерству: Ленина площадь, д.1, г. Петропавловск-Камчатский, 683040;

Медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Медицинскому работнику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

12. В случае возникновения спорной ситуации уведомление одной из Сторон вручается лично под роспись либо направляется заказным письмом с уведомлением по адресу, указанному в части 11 настоящего договора.

13. Датой получения уведомления одной из Сторон, направленного заказным письмом с уведомлением, является дата вручения письма, указанная в почтовом уведомлении или дата возврата письма, в случае его неполучения Стороной.

14. Уведомление подлежит рассмотрению одной из Сторон в течение 10 календарных дней со дня его получения.

15. В случае получения от одной из Сторон отказа от исполнения уведомления либо неполучения ответа в срок, указанный в уведомлении, все требования в нем считаются полностью отклоненными.

5. Срок действия договора

16. Настоящий договор действует с даты его подписания всеми Сторонами до истечения трехлетнего срока работы Медицинского работника в Медицинской организации, а в случае продления настоящего договора - до окончания срока, указанного в дополнительном соглашении к настоящему договору, в части неисполненных обязательств – до полного их исполнения.

6. Заключительные положения

17. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

18. Все изменения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением к нему, для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.

7. Адреса и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство:**Министерство здравоохранения Камчатского краяАдрес: Ленина площадь, д.1,г. Петропавловск-Камчатский, 683040Адрес места нахождения: г. Петропавловск-Камчатский,Ленинградская улица, д.118.Телефон: 8 (4152) 42-47-02\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) | **Медицинский работник:**Ф.И.О.СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| М.П.**Медицинская организация:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес медицинского учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии)М.П. |  |