



ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 9 августа 2018 года № 873
г. Курган

Об утверждении форм заявлений на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам

В целях реализации постановления Правительства Курганской области от 14 октября 2013 года № 508 «О государственной программе Курганской области «Развитие здравоохранения до 2020 года», приказа Департамента здравоохранения Курганской области от 28 апреля 2018 года № 512 «Об утверждении перечня вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты в 2018 году (программный реестр должностей)» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику в размере 1 000 000 (один миллион) рублей согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику в размере 500 000 (пятьсот) тысяч рублей согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Опубликовать настоящий приказ в установленном порядке.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор Департамента
здравоохранения Курганской области

Л.И. Кокорина

Приложение 1 к приказу
Департамента здравоохранения
Курганской области
от 9 августа 2018 года № 873
«Об утверждении форм заявлений на
предоставление единовременной
компенсационной выплаты
медицинским работникам»

Директору Департамента
здравоохранения Курганской области
от врача - _____

(наименование должности)

(наименование медицинской организации)

(Фамилия Имя Отчество)

СНИЛС _____

Заявление

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере
1 000 000 (одного) миллиона рублей с перечислением денежных средств на лицевой
счет

№ _____

в банке: полное наименование банка _____

место нахождения банка (адрес) _____

расчетный счет банка _____

кор.счет банка _____ БИК _____

ИНН банка _____ КПП банка _____

К заявлению прилагаю:

- 1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность медицинского работника;
- 2) копию документов, подтверждающих наличие высшего медицинского образования;
- 3) копию действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста*;
- 4) копию трудовой книжки**;
- 5) копию трудового договора;
- 6) документ, подтверждающий отсутствие у медицинского работника неисполненных обязательств по договору о целевом обучении, выданный органом или организацией,

заклучившими договор о целевом обучении с заявителем (**предоставляется медицинским работником, заключившим договор о целевом обучении, за исключением случаев, если стороной по договору о целевом обучении является Департамент здравоохранения Курганской области**);

7) согласие на обработку персональных данных.

Подписанный экземпляр Договора **прошу выдать на руки / направить почтовым отправлением**
по адресу:

(нужное подчеркнуть)

Сотовый телефон _____

(Личная подпись)

* В случае предоставления копий документов, не заверенных в установленном законодательством порядке, предоставляются их оригиналы.

** При смене фамилии (имени, отчества) необходимо прилагать копию свидетельства о заключении брака (смене фамилии, имени, отчества).

Входящий № _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Приложение 2 к приказу
Департамента здравоохранения
Курганской области
от 9 августа 2018 года № РЗ
«Об утверждении форм заявлений на
предоставление единовременной
компенсационной выплаты
медицинским работникам»

Директору Департамента
здравоохранения Курганской области
от фельдшера - _____
(наименование должности)

СНИЛС _____

Заявление

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере 500 000 (пятьсот тысяч) рублей с перечислением денежных средств на лицевой счет № _____

в банке: полное наименование банка _____

место нахождения банка (адрес) _____

расчетный счет банка _____

кор.счет банка _____ БИК _____

ИНН банка _____ КПП банка _____

К заявлению прилагаю:

- 1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность медицинского работника;
- 2) копию документов, подтверждающих наличие высшего медицинского образования;
- 3) копию действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста*;
- 4) копию трудовой книжки**;
- 5) копию трудового договора;
- 6) согласие на обработку персональных данных.

Подписанный экземпляр Договора **прошу выдать на руки / направить почтовым отправлением**

по адресу:

_____ (нужное подчеркнуть)

Сотовый телефон _____

_____ (Личная подпись)

* В случае предоставления копий документов, не заверенных в установленном законодательством порядке, предоставляются их оригиналы.

** При смене фамилии (имени, отчества) необходимо прилагать копию свидетельства о заключении брака (смене фамилии, имени, отчества).

Входящий № _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.