Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 12 апреля 2021 г. N 303

О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ОТ 03.04.2018 N 204/13 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ

МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ (ВРАЧАМ, ФЕЛЬДШЕРАМ, А ТАКЖЕ

АКУШЕРКАМ И МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ФЕЛЬДШЕРСКИХ

И ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ), ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ)

НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ, ЛИБО РАБОЧИЕ

ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА, ЛИБО ГОРОДА

С НАСЕЛЕНИЕМ ДО 50 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК"

В соответствии с Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, утвержденным постановлением Правительства Московской области от 03.04.2018 N 204/13 "Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек" (далее - Порядок), приказываю:

1. Утвердить прилагаемые к настоящему приказу:

1) форму [договора](#P63) о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

2) форму [заявления](#P229) о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

3) форму [согласия](#P276) на обработку персональных данных.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области (далее - медицинские организации):

1) обеспечить информирование медицинских работников о порядке и условиях предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в Московской области;

2) обеспечить привлечение медицинских работников (врачей, фельдшеров, а также медицинских сестер и акушерок фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющихся гражданами Российской Федерации, с выполнением функции на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников медицинских организаций и их структурных подразделений, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты, формируемый Министерством здравоохранения Московской области на очередной финансовый год;

3) назначить должностных лиц, ответственных за:

а) составление реестра вакантных должностей в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тысяч человек, и направление информации о вакантных должностях в Министерство здравоохранения Московской области (далее - Министерство) в течение 15 рабочих дней с даты образования вакансии;

б) подготовку и предоставление в управление кадровой политики и образовательных учреждений Министерства здравоохранения Московской области документов в соответствии с пунктами 8 Порядка, а также в соответствии с [подпунктом 5 пункта 3](#P32) настоящего приказа.

3. Управлению кадровой политики и образовательных учреждений Министерства здравоохранения Московской области обеспечить:

1) заключение Министерством здравоохранения Московской области с медицинскими работниками [договоров](#P63) о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее - договоры) по форме, утвержденной подпунктом 1 пункта 1 настоящего приказа;

2) подготовку и направление в Министерство здравоохранения Российской Федерации заявки на получение субсидии, предоставляемой в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном законе о федеральном бюджете на текущий финансовый год и плановый период, и лимитов бюджетных обязательств для предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам;

3) учет медицинских работников, с которыми заключены договоры;

4) регистрацию и учет договоров, заключенных Министерством с медицинскими работниками;

5) предоставление в управление бухгалтерского учета и финансового контроля Министерства здравоохранения Московской области следующих документов:

а) договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат;

б) документов, подтверждающих необходимость возврата работниками единовременной компенсационной выплаты (копий приказа о приеме работника на работу, приказа о прекращении трудового договора с работником (увольнении), приказа о переводе на другую работу (должность), приказа о направлении на обучение по программам дополнительного профессионального образования, уведомление "О необходимости возврата единовременной компенсационной выплаты", включающее справку-расчет размера подлежащих возврату финансовых средств в бюджет Московской области при расторжении трудового договора с медицинским работником пропорционально не отработанному медицинским работникам периоду).

4. Управлению бюджетного планирования и финансового обеспечения государственных программ и мероприятий Министерства здравоохранения Московской области обеспечить:

1) открытие предельных объемов финансирования для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам;

2) предоставление в управление бухгалтерского учета и финансового контроля Министерства здравоохранения Московской области уведомлений на перечисление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

5. Управлению бухгалтерского учета и финансового контроля Министерства здравоохранения Московской области обеспечить:

1) перечисление единовременных компенсационных выплат на счета медицинских работников, указанные в договорах, в порядке, установленном Министерством экономики и финансов Московской области для исполнения бюджета Московской области по расходам;

2) перечисление средств пропорционально уровню софинансирования, поступивших в бюджет Московской области от возврата медицинскими работниками части единовременной компенсационной выплаты, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области в течение 3 рабочих дней с даты их поступления в бюджет Московской области, а также мониторинг за перечислением указанных финансовых средств в бюджет Московской области;

3) незамедлительное представление в управление кадровой политики и образовательных учреждений Министерства здравоохранения Московской области информации о перечислении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику.

6. Управлению организационной и документационной работы Министерства здравоохранения Московской области обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Московской области Свешникову Н.Д.

Министр здравоохранения

Московской области

С.А. Стригункова

Утверждена

приказом

министра здравоохранения

Московской области

от 12 апреля 2021 г. N 303

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. |

 Форма

 ДОГОВОР N \_\_\_\_

 о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

г. Красногорск Московской обл. "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 Министерство здравоохранения Московской области в лице заместителя

министра здравоохранения Московской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и Положения, именуемое в дальнейшем "Министерство", с одной стороны,

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

 полное наименование государственного бюджетного (автономного, казенного)

 учреждения здравоохранения Московской области (структурного подразделения

 государственного (автономного, казенного) учреждения здравоохранения

 Московской области) в соответствии с Уставом

в лице главного врача государственного бюджетного (автономного, казенного)

учреждения здравоохранения Московской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "Учреждение", с

другой стороны, и медицинский работник, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 фамилия, имя, отчество медицинского работника - получателя выплаты)

паспорт (медицинского работника - получателя выплаты): серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,

выданный (кем и когда, код подразделения), именуемый(ая) в дальнейшем

"Медицинский работник", с третьей стороны, заключили договор о

предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее - Договор):

 1. Предмет Договора

 1.1. Предметом Договора является предоставление единовременной

компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (размер единовременной компенсационной выплаты указывается

 цифрами и прописью)

медицинскому работнику, замещающему должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование должности с указанием наименования структурного подразделения

 и наименования медицинской организации)

прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо

поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек (далее

- Выплата).

 1.2. Финансовое обеспечение Выплаты Медицинскому работнику

осуществляется на условиях софинансирования за счет средств субсидии,

предоставляемой в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом

Московской области на очередной финансовый год и плановый период.

 2. Обязательства сторон

 2.1. Министерство обязуется:

 2.1.1. Предоставить Медицинскому работнику Выплату в размере

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

 (размер единовременной компенсационной выплаты указывается

 цифрами и прописью)

в безналичной форме путем перечисления указанной суммы на счет Медицинского

работника, открытый в кредитной организации и указанный в [разделе 5](#P147)

Договора, в течение 30 рабочих дней со дня заключения Договора.

2.1.2. Принять необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных Медицинского работника.

2.1.3. В случае невыполнения Медицинским работником [пункта 2.3.1](#P126) настоящего Договора взыскивать денежные средства в установленном порядке.

2.1.3. В случае невозврата Медицинским работником в добровольном порядке части Выплаты по истечении тридцати календарных дней со дня прекращения им трудового договора с Учреждением по основаниям, указанным в [пп. 2.3.4](#P130) и [2.3.5](#P131) Договора, принять меры по взысканию с Медицинского работника невозвращенной части Выплаты в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

2.2. Учреждение обязуется:

2.2.1. В случае увольнения Медицинского работника, а также в случае перевода на другую должность, поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам или увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) до истечения установленного пятилетнего срока работы вручить ему в течение рабочего дня, в котором принято заявление об увольнении (переводе), под роспись уведомление о необходимости возврата части Выплаты (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанной с даты прекращения трудового договора (заключения дополнительного соглашения к трудовому договору), пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, с указанием сроков возврата части Выплаты и реквизитов Министерства для возврата части Выплаты в бюджет Московской области (далее - Уведомление).

2.2.2. Письменно извещать Министерство о прекращении трудового договора по любым основаниям и внесении изменений в трудовой договор, устанавливающих продолжительность рабочего времени, отличную от нормальной продолжительности рабочего времени, установленной законодательством для данной категории работников, и в связи с переводом на другую должность до истечения установленного пятилетнего срока работы не позднее трех рабочих дней со дня наступления указанных обстоятельств, и представить заверенные копии документов о расторжении трудового договора с Медицинским работником и освобождении его от должности, а также копию врученного Медицинскому работнику уведомления о необходимости возврата части Выплаты или представить копию почтового отправления заказным письмом указанного Уведомления в адрес Медицинского работника указанного в [разделе 5](#P147) Договора (в случае неявки Медицинского работника или его отказа от подписания Уведомления).

2.3. Медицинский работник обязуется:

2.3.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения Договора на условиях полного рабочего дня (не менее одной ставки) с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, в соответствии с трудовым договором по основному месту работы, заключенным Медицинским работником с Медицинской организацией (далее - трудовой договор).

При исчислении периода работы, указанного в [абзаце первом](#P126) настоящего пункта, не учитываются периоды неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.3.2. Письменно извещать медицинскую организацию и Министерство не менее чем за две недели до дня прекращения трудового договора (заключения дополнительного соглашения к трудовому договору) о намерении до истечения пяти лет с даты заключения Договора расторгнуть трудовой договор по любым основаниям и о внесении изменений в трудовой договор, устанавливающих продолжительность рабочего времени, отличную от нормальной продолжительности рабочего времени, установленной законодательством для данной категории работников, и в связи с переводом на другую должность до истечения установленного пятилетнего срока.

2.3.3. Письменно извещать медицинскую организацию и Министерство в течение двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем Договоре реквизитов банковского счета и (или) почтового адреса о наличии указанных изменений.

2.3.4. В случае прекращения трудового договора с медицинской организацией до истечения пяти лет с даты заключения настоящего Договора (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам возвратить в течение тридцати календарных дней со дня прекращения трудового договора (заключения дополнительного соглашения к трудовому договору) часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора (заключения дополнительного соглашения к трудовому договору) или направления на обучение пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, исчисленному с учетом [пункта 2.3.1](#P126) настоящего Договора, в бюджет Московской области на счет, указанный в Уведомлении.

2.3.5. В случае прекращения трудового договора с медицинской организацией до истечения пяти лет с даты заключения настоящего Договора в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) возвратить в течение тридцати календарных дней со дня прекращения трудового договора часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, исчисленному с учетом [пункта 2.3.1](#P126) Договора, в областной бюджет Московской области или продлить срок действия Договора на период неисполнения трудовых обязанностей (по выбору Медицинского работника).

2.3.6. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренного [пунктами 2.3.4](#P130) и [2.3.5](#P131) Договора, уплатить проценты за пользование чужими денежными средствами в размере, предусмотренном пунктом 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации, со дня, когда денежные средства должны быть возвращены, до дня их возврата.

3. Срок действия Договора

3.1. Договор вступает в силу со дня его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств, предусмотренных условиями Договора.

3.2. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами.

4. Заключительные положения

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством и Договором.

4.2. Споры, возникающие в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору, подлежат рассмотрению в Красногорском городском суде Московской области.

4.3. Все дополнительные соглашения сторон к Договору, подписываемые при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.

4.6. Договор составлен в четырех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и Министерства экономики и финансов Московской области.

4.7. Отношения сторон, не урегулированные Договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5. Адреса и реквизиты сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство: | Учреждение: | Медицинский работник: |
| Министерство здравоохранения Московской области | Полное наименование: | Фамилия, имя, отчество: |
|  |  |
| Юридический адрес:143407, Московская область, гор. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1 | Юридический адрес: | Адрес по паспорту согласно регистрации: |
| Фактический адрес: 143407, Московская область, гор. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1 | Фактический адрес: | Адрес фактического проживания: |
| Телефон:8-498-602-03-01 | Телефон: | Телефон: |
| ИНН: 5000001162 | ИНН: | ИНН: |
| КПП: 502401001 | КПП: | Реквизиты счета в кредитной организации: |
| Реквизиты:Получатель: МЭФМосковской области 02482000010 (03825000920 Министерство здравоохранения Московской области) ИНН: 5000001162КПП: 502401001 Банк: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по Московской области г. МоскваБИК: 004525987ОКТМО (поле 1051):46744000Единый казначейский счет:40102810845370000004 Казначейский счет:03221643460000004800 |  |
| Заместитель министра здравоохранения Московской области | Главный врач Учреждения | Медицинский работник |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы)М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы)М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы) |

Утверждено

приказом

министра здравоохранения

Московской области

от 12 апреля 2021 г. N 303

 Форма

 Министру здравоохранения

 Московской области

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

 (фамилия, инициалы)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество)

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

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

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

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

 (наименование должности в учреждении,

 наименование учреждения)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

 Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату на основании

заключенного Министерством здравоохранения Московской области со мной в

установленном порядке соответствующего договора в размере: 1000000 (один

миллион), 1500000 (один миллион пятьсот тысяч), 500000 (пятьсот тысяч),

750000 (семьсот пятьдесят тысяч) (нужное подчеркнуть) рублей.

Своей подписью подтверждаю, что:

 - не имею неисполненных обязательств по договору о целевом

обучении/трудоустраиваюсь в медицинскую организацию, с укомплектованностью

штата менее 60 процентов/выполнил обязательства, связанные с целевым

обучением (целевой подготовкой) и продолжаю работу в той же медицинской

организации, расположенной в сельском населенном пункте, либо рабочем

поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тыс.

человек (нужное подчеркнуть);

 - мне ранее не предоставлялась единовременная компенсационная выплата,

в том числе в других субъектах Российской Федерации.

Согласие на обработку моих персональных данных прилагаю.

Реквизиты счета, открытого мною в кредитной организации:

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

 (сокращенное наименование кредитной организации)

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

 (наименование и номер отделения кредитной организации)

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

счет получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Приложение на \_\_\_\_\_\_\_\_ л. в \_\_\_ экз.

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

 (личная подпись) "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Утверждена

приказом

министра здравоохранения

Московской области

от 12 апреля 2021 г. N 303

 Форма

 СОГЛАСИЕ

 на обработку персональных данных медицинского работника

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

при подаче заявления о предоставлении единовременной компенсационной

выплаты медицинскому работнику, установленной постановлением Правительства

Российской Федерации от 26.12.2017 N 1640 "Об утверждении государственной

программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", в Министерство

здравоохранения Московской области (далее - Министерство), находящееся по

адресу: 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.

1, своей волей и в своих интересах выражаю согласие на обработку моих

персональных данных Министерством в целях предоставления мне единовременной

компенсационной выплаты, включая выполнение действий по сбору,

систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению),

распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих

персональных данных, входящих в следующий перечень сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Данные:

- паспорта гражданина Российской Федерации;

- страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

- свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе;

- документа об окончании образовательного учреждения высшего образования (врачам) либо профессиональной образовательной организации (фельдшерам);

- документа об окончании интернатуры или ординатуры (врачам специальностей, подготовка по которым в интернатуре или ординатуре является обязательной для осуществления трудовой деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 N 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки");

- документа о профессиональной переподготовке (при наличии);

- сертификата специалиста (либо свидетельства об аккредитации специалиста);

- свидетельства о признании эквивалентности документа об образовании (для лиц, получивших медицинскую подготовку в вузах иностранных государств, но при этом являющихся гражданами Российской Федерации);

- сертификата специалиста, выданного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения Росздравнадзора, либо ее территориальными органами (для лиц, получивших медицинскую подготовку в вузах иностранных государств, являющихся гражданами Российской Федерации);

- трудового договора;

- трудовой книжки либо сведения о трудовой деятельности, полученные в многофункциональном центре предоставления государственных и муниципальных услуг на бумажном носителе;

- приказа о назначении на должность;

- документа из кредитной организации, содержащего наименование банка, БИК банка, ИНН банка, КПП банка, лицевой счет медицинского работника;

- лицензии на осуществление учреждением здравоохранения медицинской деятельности.

3. Номера телефонов (рабочего, домашнего, мобильного), адрес электронной почты.

4. Иные сведения, специально предоставленные мной для осуществления единовременной компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения трудового договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Министерством без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с даты его подписания, действует в течение срока действия заключенного со мной Министерством договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты и может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления в Министерство.

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

 (личная подпись) (фамилия, имя, отчество прописью полностью)