



а) заключение трудового договора с медицинской организацией Республики Марий Эл, подведомственной Министерству здравоохранения Республики Марий Эл (далее - медицинская организация), на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации;

б) отсутствие неисполненных финансовых обязательств по договорам о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штатных должностей медицинских работников (врачей, фельдшеров) менее 60 процентов);

в) выполнение трудовой функции на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в подведомственных Министерству здравоохранения Республики Марий Эл медицинских организациях Республики Марий Эл и их структурных подразделениях, при замещении которых предоставляются единовременные компенсационные выплаты, на очередной финансовый год (программный реестр должностей).»;

пункт 3 изложить в следующей редакции:

«3. Единовременные компенсационные выплаты предоставляются медицинским работникам однократно на основании заключенного между Министерством здравоохранения Республики Марий Эл (далее - Министерство), медицинской организацией и медицинским работником договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее - договор) в соответствии с типовой формой, приведенной в приложении к настоящему Порядку.

Министерство вправе принимать решение о предоставлении медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты при наличии у него обязательств, связанных с целевым обучением (целевой подготовкой), при условии заключения им трудового договора с медицинской организацией, укомплектованность штатными должностями медицинских работников (врачей, фельдшеров) которой составляет менее 60 процентов.»;

в абзаце седьмом пункта 5 слова «, в 2 экземплярах» исключить;

в абзаце втором пункта 8 слова «в судебном порядке» заменить словами «в установленном законом порядке»;

приложение к указанному Порядку изложить в новой редакции (прилагается).

Председатель Правительства  
Республики Марий Эл



А.Евстифеев

**«ПРИЛОЖЕНИЕ**  
к Порядку предоставления  
единовременных компенсационных  
выплат медицинским работникам,  
прибывшим (переехавшим)  
на работу в отдельные населенные  
пункты Республики Марий Эл  
(в редакции постановления  
Правительства Республики Марий Эл  
от 17 апреля 2019 г. № 117)

**ТИПОВАЯ ФОРМА**  
**договора о предоставлении единовременной**  
**компенсационной выплаты**

г. Йошкар-Ола

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл в лице  
министра здравоохранения Республики Марий Эл

\_\_\_\_\_  
действующего(ей) на основании Положения о Министерстве  
здравоохранения Республики Марий Эл, утвержденного  
постановлением Правительства Республики Марий Эл  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Министерство»,  
гражданин(ка) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

число, месяц, год рождения: \_\_\_\_\_, именуемый(ая)  
в дальнейшем «Медицинский работник», и \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации Республики Марий Эл)

в лице руководителя \_\_\_\_\_  
действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_  
именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», вместе  
именуемые «Стороны», заключили настоящий договор  
о нижеследующем:

## I. Предмет договора

1. Предметом настоящего договора является предоставление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_.

## II. Обязательства Сторон

2. Министерство обязуется:

2.1. Предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере \_\_\_\_\_ путем перечисления денежных средств на банковский счет, открытый Медицинским работником в кредитной организации, в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня заключения настоящего договора.

2.2. Осуществлять обработку персональных данных Медицинского работника с соблюдением требований, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3. Медицинский работник обязуется:

3.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 (пяти) лет со дня заключения настоящего договора на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в подведомственных Министерству здравоохранения Республики Марий Эл медицинских организациях Республики Марий Эл и их структурных подразделениях, при замещении которых предоставляются единовременные компенсационные выплаты, на очередной финансовый год (программный реестр должностей), утвержденный Министерством, в соответствии с трудовым договором от \_\_\_\_\_ 20\_\_ № \_\_\_\_\_, заключенным с Медицинской организацией (далее - трудовой договор), на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, при условии продления настоящего договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

3.2. В случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока со дня заключения настоящего договора (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 перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам возратить в республиканский бюджет Республики

Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора.

В случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) возвратить в республиканский бюджет Республики Марий Эл часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, или продлить срок действия настоящего договора на период неисполнения функциональных обязанностей по указанной причине.

Возврат части единовременной компенсационной выплаты в случаях, определенных в настоящем пункте, осуществляется Медицинским работником в течение 3 (трех) рабочих дней со дня прекращения трудового договора путем перечисления денежных средств на лицевой счет Министерства.

При просрочке исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты в случаях, определенных в настоящем пункте, Медицинский работник обязан уплатить неустойку (пени) за каждый день просрочки исполнения данного обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения срока, указанного в абзаце третьем настоящего пункта. Такая неустойка (пени) устанавливается в размере одной трехсотой действующей на дату ее уплаты ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок суммы.

3.3. Письменно извещать Министерство об изменении реквизитов банковского счета, открытого Медицинским работником в кредитной организации, указанных в настоящем договоре, в течение 2 (двух) рабочих дней со дня их изменения.

3.4. Для исполнения условий настоящего договора дать согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства и Министерства финансов Республики Марий Эл.

4. Медицинская организация обязуется:

4.1. Осуществлять контроль за исполнением Медицинским работником его обязанностей, предусмотренных пунктом 3 настоящего договора.

4.2. Информировать Министерство об изменении или прекращении трудового договора с Медицинским работником в течение 3 рабочих дней со дня его изменения или прекращения.

4.3. Вести учет времени, на протяжении которого Медицинский работник не исполняет трудовую функцию в полном объеме

в соответствии с трудовым договором (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), а также информировать Министерство о наступлении случаев, при которых Медицинский работник не исполняет трудовую функцию в полном объеме, в течение 5 рабочих дней со дня наступления таких случаев.

### **III. Порядок разрешения споров**

5. Споры и разногласия, которые могут возникнуть в процессе исполнения обязательств по настоящему договору, разрешаются посредством проведения переговоров между Сторонами.

6. В случае невозможности разрешения споров путем проведения переговоров Стороны передают их на рассмотрение в суд.

7. До обращения в суд Сторона обязана направить письменную претензию с соответствующими материалами другой Стороне, которая обязана рассмотреть претензию и дать на нее ответ в течение 10 (десяти) календарных дней со дня получения.

### **IV. Срок действия договора**

8. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств.

### **V. Заключительные положения**

9. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

10. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

11. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон или по решению суда по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

12. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

## VI. Реквизиты и подписи Сторон

Министерство

Медицинский работник

424033, Республика Марий Эл,  
г. Йошкар-Ола, набережная  
Брюгге, д. 3,  
тел. (8362) 45-73-26

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Паспорт (серия, номер, когда и кем  
выдан) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Реквизиты банковского счета:  
\_\_\_\_\_

Министр \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

М.П.

Медицинский работник \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

Медицинская организация

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

М.П.».

