



ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 10 Октяб 2018 г. № 1112
г. Курган

О внесении изменения в приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 9 августа 2018 года № 873 «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», 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. Внести в приказ Департамента здравоохранения Курганской от 9 августа 2018 года № 873 «Об утверждении форм заявлений на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам» следующее изменение:
приложение 2 изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.
2. Опубликовать настоящий приказ в установленном порядке.
3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Временно исполняющий обязанности
директора Департамента здравоохранения
Курганской области

Л.И. Кокорина

Приложение к приказу
 Департамента здравоохранения
 Курганской области
 от 10 октября 2018 года № 112
 «О внесении изменения в приказ
 Департамента здравоохранения
 Курганской области от 9 августа
 2018 года № 873 «Об утверждении
 форм заявлений на предоставление
 единовременной компенсационной
 выплаты медицинским работникам»

«Приложение 2 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 фельдшера - _____

(наименование должности)

(наименование медицинской организации)

(Фамилия Имя Отчество)

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 среднего 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).».