

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

22.05.2013 № 13
Санкт-Петербург

Об утверждении формы договора о
предоставлении ежегодной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области от 29 апреля 2013 года № 127 «О социальной поддержке медицинских работников дефицитных специальностей в Ленинградской области», в целях организации предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам дефицитных специальностей (врачам-анестезиологам-реаниматологам, врачам – неонатологам, врачам-психиатрам, врачам-фтизиатрам, в том числе заведующим стационарными отделениями), участвующим в оказании стационарной медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения Ленинградской области (далее – медицинские работники, медицинские организации),

приказываю:

1. Утвердить форму договора о предоставлении ежегодной выплаты (далее – договор) согласно приложению к настоящему приказу.

2. Начальнику отдела организации работы с персоналом медицинских учреждений и делопроизводства Комитета по здравоохранению Ленинградской области обеспечить:

подписание договоров со стороны Комитета по здравоохранению Ленинградской области в соответствии с утвержденной формой;

направление двух экземпляров подписанного договора медицинской организации или мотивированного отказа в предоставлении ежегодной выплаты медицинскому работнику в течение 15 рабочих дней с даты поступления проекта договора;

ведение учета заключенных и исполненных договоров;

соблюдение требований законодательства Российской Федерации о защите персональных данных.

3. Начальнику отдела бюджетного учета и отчетности Комитета по здравоохранению Ленинградской области обеспечить перечисление ежегодной выплаты медицинским работникам в установленные договорами сроки;

4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Председатель комитета



А.А.Лобжанидзе

Приложение к
приказу Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от 22.05.2013 № 13

ДОГОВОР

о предоставлении ежегодной выплаты

"__" _____ 20__ года

Гражданин (гражданка) _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу: _____

ИНН _____, именуемый (именуемая) в дальнейшем "Медицинский
работник", _____

(наименование государственного (муниципального)

казенного, бюджетного, автономного учреждения)

именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, и Комитет по здравоохранению Ленинградской
области, именуемый в дальнейшем "Комитет", в лице председателя Комитета

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Комитете по здравоохранению Ленинградской
области, утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 29
декабря 2012 года № 462 "Об утверждении Положения о Комитете по здравоохранению
Ленинградской области", заключили настоящий договор о следующем:

1. Предмет договора

Предметом настоящего договора является предоставление ежегодной выплаты в
размере 120 000 рублей Медицинскому работнику (в том числе налог на доходы
физических лиц), занимающему должность врача-анестезиолога-реаниматолога,
врача-неонатолога, врача-психиатра, врача-фтизиатра, в том числе должность
заведующего стационарным отделением, и участвующему в оказании стационарной
медицинской помощи.

2. Обязательства Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. Исполнять обязанности, предусмотренные трудовым договором, на
условиях занятия штатной должности в полном объеме (не менее одной ставки);

2.1.2. Сообщать Медицинской организации и Комитету в письменном виде о
намерении досрочно расторгнуть трудовой договор не менее чем за две недели до
даты прекращения трудового договора;

2.1.3. Письменно извещать Медицинскую организацию и Комитет в течение
двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем договоре реквизитов
банковского счета и(или) почтового адреса о наличии указанных изменений.

2.2. Медицинская организация обязуется:

2.2.1. Письменно извещать Комитет о прекращении трудового договора по
любым основаниям или изменении его условий, касающихся наименования и (или)
объема занимаемой должности, срока трудового договора.

2.2.2 Ежегодно в августе очередного календарного года письменно сообщать Комитету о действующих договорах о предоставлении ежегодной выплаты и о прогнозе прекращения и/или заключения таких договоров в следующем календарном году.

2.2.3. Не ранее чем за два месяца и не позднее чем за один месяц до истечения срока, установленного в пункте 2.3.1 настоящего договора, письменно информировать Комитет об отсутствии оснований для прекращения настоящего договора.

2.2.4. В случае принятия решения о ликвидации, реорганизации Медицинской организации либо иного решения, влекущего утрату статуса государственного (муниципального) казенного, бюджетного или автономного учреждения, письменно сообщить Комитету и представить копию такого решения.

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

2.3. Комитет обязуется:

2.3.1. Обеспечить ежегодную выплату Медицинскому работнику в размере 120000 рублей (в том числе налог на доходы физических лиц) путем ежегодного перечисления указанной суммы на банковский счет Медицинского работника в течение 45 календарных дней со дня окончания года работы, исчисленного в соответствии с требованиями Положения о порядке предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам дефицитных специальностей в Ленинградской области.

2.3.2. Подготовить и направить Медицинскому работнику и Медицинской организации проект дополнительного соглашения к настоящему договору при возникновении необходимости замены Медицинской организации другой Медицинской организацией, удовлетворяющей требованиям, установленным Положением о порядке предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам дефицитных специальностей в Ленинградской области в случаях:

прекращения трудового договора с Медицинским работником по пункту 5 части первой статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации;

принятия решения о реорганизации Медицинской организации в виде присоединения или слияния, или иного решения, не влекущего утрату статуса государственного (муниципального) казенного, бюджетного или автономного учреждения.

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

3. Срок действия договора

3.1. Настоящий договор действует с даты его подписания всеми участниками до даты признания утратившим силу постановления Правительства Ленинградской области от 29 апреля 2013 года № 127 «О социальной поддержке медицинских работников дефицитных специальностей в Ленинградской области» или внесения в него изменений, влекущих для медицинского работника несоответствие требованиям, предъявляемым к участнику договора о предоставлении ежегодной выплаты.

3.2. Действие настоящего договора автоматически прекращается досрочно:

с даты прекращения трудового договора (за исключением прекращения трудового договора по пункту 5 части первой статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

с даты внесения изменений в трудовой договор, влекущего для медицинского работника несоответствие требованиям, предъявляемым к участнику договора о предоставлении ежегодной выплаты;

с даты ликвидации Медицинской организации или принятия решения, влекущего для Медицинской организации утрату статуса государственного (муниципального) казенного, бюджетного или автономного учреждения;

4. Прочие условия

4.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

4.2. К настоящему договору прилагаются заверенные Медицинской организацией:

- копия трудового договора,
- копия паспорта Медицинского работника,
- копия трудовой книжки Медицинского работника,
- копия сберегательной книжки Медицинского работника.

5. Банковские реквизиты и адреса Сторон

5.1. Комитет _____

5.2. Медицинская организация _____

5.3. Медицинский работник _____
(фамилия, имя, отчество)

ИНН _____

паспорт _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

место регистрации _____

фактический адрес проживания _____

_____ телефон _____

банковские реквизиты _____

6. Подписи и печати Сторон

Медицинский работник	Медицинская организация	Комитет
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
_____	_____	_____
(фамилия, инициалы)	(должность, фамилия, инициалы)	(должность, фамилия, инициалы)
	Место печати	Место печати