В Министерство здравоохранения

Свердловской области

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

(должность)

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

(наименование учреждения)

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

(Ф.И.О. работника)

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

(контактный телефон работника)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с [пунктом 2 статьи 21](consultantplus://offline/ref=E2AC2AC0D7EB8EEB0C497F216D58F5A564F8997EFEE2935274011D9D2BC10AF492911D342FF250F7033153VCNAL) Закона Свердловской области  
от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области» прошу выплатить единовременное пособие на обзаведение хозяйством.

С условиями выплаты единовременного пособия на обзаведение хозяйством  
и случаями, при которых обязуюсь возвратить полученные денежные средства, установленными [постановлением](file:///C:\Users\user\Элина\Информация\240-пп.doc#Par17) Правительства Свердловской области от 27.03.2007 № 240-ПП «О выплате единовременного пособия на обзаведение хозяйством медицинским и фармацевтическим работникам, поступившим на работу в областные государственные организации здравоохранения», ознакомлен (ознакомлена)  
и согласен (согласна).

В случае увольнения по основаниям, указанным в [постановлении](file:///C:\Users\user\Элина\Информация\240-пп.doc#Par81) Правительства Свердловской области от 27.03.2007 № 240-ПП «О выплате единовременного пособия на обзаведение хозяйством медицинским и фармацевтическим работникам, поступившим на работу в областные государственные организации здравоохранения», обязуюсь в течение одного месяца со дня прекращения трудовых отношений возвратить полученные денежные средства.

Реквизиты расчетного счета для перечисления выплаты:

Наименование банка

ИНН банка

Расчетный счет банка

Корреспондентский счет банка

БИК банка

Счет получателя

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

(дата) (подпись) (Ф.И.О.)