**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о возврате единовременной компенсационной выплаты**

Уважаемый (Уважаемая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!

 (имя, отчество)

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», постановлением Правительства Свердловской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ «О предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Свердловской области» (далее – Порядок)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

уведомляет Вас об обязанности вернуть в областной бюджет единовременную компенсационную выплату в объеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

в течение 30 рабочих дней со дня получения настоящего уведомления (расчет прилагается).

 В соответствии с пунктом 17 Порядка сумма возврата единовременной компенсационной выплаты рассчитана пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока, в том числе периода неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

Причина (причины) возврата единовременной компенсационной выплаты:

 1)

2) (при наличии).

 Реквизиты для перечисления единовременной компенсационной выплаты:

УФК по Свердловской области (Министерство здравоохранения Свердловской области, л/с 04622011300)

ИНН 6660010415 КПП 667101001

УРАЛЬСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ//УФК по Свердловской области г. Екатеринбург

БИК 016577551

Единый казначейский счет 40102810645370000054

Казначейский счет 03100643000000016200

ОКТМО 65701000

КБК 01311302992020031130

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

 (главный врач) (подпись) (Ф.И.О.) (дата)

 М.П.

Уведомление получено

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

 (медицинский работник) (подпись) (Ф.И.О.) (дата)