**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**об отказе в заключении договора о предоставлении
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»

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

(наименование медицинской организации)

уведомляет Вас об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты по причине (причинам):

1)

2) (при наличии).

Вы вправе:

1. устранить причины, явившиеся основанием для отказа в заключении договора
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, и обратиться повторно;
2. оспорить решение об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты путем направления обращения в Министерство здравоохранения Свердловской области;
3. обжаловать решение об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в судебном порядке.

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

(руководитель медицинской организации) (дата) (подпись) (Ф.И.О.)

 М. П.