В Министерство здравоохранения

Свердловской области

от работника

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

(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. работника)

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

(контактный телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении единовременной компенсационной выплаты**

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 06.04.2023 № 250-ПП «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) прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей (сумма прописью)

С условиями и порядком предоставления и возврата единовременной компенсационной выплаты, установленными Порядком, ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна).

Реквизиты расчетного счета для перечисления выплаты:

Наименование банка

ИНН банка

Расчетный счет банка

Корреспондентский счет банка

БИК банка

Счет получателя

Подтверждаю, что неисполненных обязательств по договору о целевом обучении
не имею (указывается за исключением обращения в медицинские организации с укомплектованностью штата менее 60% либо при условии продолжения работы
в той же медицинской организации после выполнения обязательств, связанных с целевым обучением).

Обязуюсь уведомить руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

о наступлении обстоятельств, не соответствующих условиям и порядку предоставления единовременной компенсационной выплаты, установленным Порядком.

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

 (дата) (подпись) (Ф.И.О.)