

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

13.07.2017

№ 75-Н

г. Красноярск

Об утверждении формы заявления о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры и формы договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры

В соответствии с Законом Красноярского края от 08.06.2017 № 3-783 «О компенсации гражданам расходов на оплату обучения по программам ординатуры», пунктами 3.9, 3.72 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

форму заявления о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры согласно приложению № 1;

форму договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры согласно приложению № 2.

2. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника отдела управления кадрами и профессиональной подготовки министерства здравоохранения Красноярского края И.И. Жирнову.

3. Опубликовать настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации Красноярского края» (www.zakon.krskstate.ru).

4. Приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Красноярского края



В.Н. Янин

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 13.07.2017 № 45-Н

Министру здравоохранения
Красноярского края

от _____

(фамилия, имя, отчество гражданина полностью)

Паспорт серия _____ № _____

(когда и кем выдан)

Место проживания (пребывания) _____

Контактный телефон (адрес электронной
почты) _____

Заявление

о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения
по программе ординатуры

В соответствии с Законом Красноярского края от 08.06.2017 № 3-783
«О компенсации гражданам расходов на оплату обучения по программам
ординатуры» прошу заключить со мной договор о компенсации расходов
на оплату обучения по программе ординатуры по специальности _____

(указать специальность)

Договор об оказании платных образовательных услуг заключен
с _____

(указать наименование образовательной организации)

от _____ № _____

(указать номер и дату заключения договора об оказании платных образовательных услуг)

Стоимость обучения в ординатуре в соответствии с договором
составляет _____ рублей в год.

Способ выплаты компенсации (отметить выбранный):

1. Через отделение федеральной почтовой связи по адресу: _____

2. Через российскую кредитную организацию на счет № _____, открытый в _____.

(указать наименование и реквизиты кредитной организации)

Уведомление о принятом решении прошу направить _____.

(указать способ: посредством почтовой связи, электронной почты, заберу лично)

Настоящим даю министерству здравоохранения Красноярского края (660017 г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3) согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы министерства здравоохранения Красноярского края, передачи другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною обучения по программе ординатуры и выполнения трудовых функций в медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края и определенной названным министерством.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о предоставлении компенсации расходов на оплату обучения в ординатуре, о расчетном счете, открытом в российской кредитной организации, необходимые для осуществления выплаты компенсации.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Приложение: 1. _____.
2. _____.
3. _____.

« _____ » _____ 20 ____ года

подпись, расшифровка подписи

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края

от 13.07.2017 № 75-11

**Форма договора
о компенсации расходов на оплату обучения по программе ординатуры**

г. Красноярск

« ____ » _____ 20__ года

Министерство здравоохранения Красноярского края, именуемое
в дальнейшем **Министерство**, в лице _____,

действующего на основании _____,
с одной стороны,

и _____,

(фамилия, имя, отчество гражданина)

именуемый(ая) в дальнейшем **Гражданин**, имеющий(ая) паспорт _____

_____ ,
вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор
о нижеследующем:

1. Предмет Договора

В соответствии с настоящим Договором:

Гражданин обязуется освоить образовательную программу высшего
образования – программу ординатуры по специальности _____

_____ , реализуемую
в _____

(наименование образовательной организации)

(далее – программа ординатуры), успешно пройти государственную итоговую
аттестацию по программе ординатуры, заключить трудовой договор о работе
в должности врача _____

с медицинской организацией, подведомственной Министерству и определенной
Министерством (далее – медицинская организация), и в течение пяти лет
выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях
нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым
законодательством для данной категории работников в такой организации.

Период нахождения **Гражданина** в отпуске по уходу за ребенком до
достижения им возраста 3-х лет не учитывается при исчислении пятилетнего
срок работы, установленного настоящим Договором.

Министерство обязуется предоставить Гражданину компенсацию
расходов на оплату обучения по программе ординатуры (далее – компенсация)

в размере фактически понесенных Гражданином расходов на оплату обучения по программе ординатуры в соответствии с договором об оказании платных образовательных услуг, подтвержденных платежными документами о перечислении Гражданином образовательной организации средств на оплату обучения по программе ординатуры, но не более 150 000 рублей за один год обучения.

2. Обязательства Сторон

2.1. Гражданин обязуется:

2.1.1. Осваивать программу ординатуры в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по указанной в пункте 1.1 настоящего договора специальности.

2.1.2. Представлять в Министерство до 30-го числа месяца, следующего за истекшим полугодием обучения, документ, подтверждающий отсутствие академической задолженности в образовательной организации, платежные документы, подтверждающие перечисление Гражданином средств на оплату обучения по программе ординатуры.

2.1.3. Уведомить Министерство об изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, банковских реквизитов и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 календарных дней со дня возникновения указанных изменений.

2.1.4. Письменно уведомлять Министерство о возникновении обстоятельств, при которых Гражданин прерывает обучение по уважительным причинам (отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, академический отпуск, в случае призыва на военную службу), а также о расторжении (прекращении) договора об оказании платных образовательных услуг и отчислении Гражданина из образовательной организации до окончания нормативного срока освоения программы ординатуры в срок не позднее 10 рабочих дней с даты возникновения обстоятельств (наступления факта).

2.1.5. Не позднее чем, через два месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации заключить с медицинской организацией трудовой договор о работе в должности врача _____ и в течение пяти лет выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников.

2.1.6. Возвратить в краевой бюджет полученные средства компенсации в полном объеме в случае:

а) расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления Гражданина из образовательной организации до окончания нормативного срока освоения программы ординатуры, за исключением расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления Гражданина из образовательной организации по обстоятельствам, не зависящим от воли гражданина;

б) незаключения Гражданином в срок не позднее чем, через два месяца со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудового договора с медицинской организацией, предусматривающего работу в должности врача _____ по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников течение не менее пяти лет, за исключением незаключения Гражданином трудового договора с медицинской организацией по обстоятельствам, не зависящим от воли гражданина (наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в медицинскую организацию, признание Гражданина в установленном порядке инвалидом I или II группы; смерть гражданина);

в) расторжения или прекращения трудового договора, заключенного Гражданином с медицинской организацией, до истечения пяти лет с даты его заключения, за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации.

Возврат средств компенсации производится путем перечисления денежных средств в срок не позднее 60 дней с даты наступления одного из случаев, указанных в настоящем пункте, на расчетный счет:

2.2. Министерство обязуется:

2.2.1. В течение 10 рабочих дней со дня получения документов, указанных в пункте 2.1.2. настоящего Договора, перечислить средства компенсации на счет Гражданина, открытый в кредитной организации, по следующим реквизитам:

2.2.2. Обеспечить трудоустройство Гражданина в соответствии с полученной квалификацией в медицинскую организацию с заключением трудового договора о работе в должности врача _____

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения Гражданином обязательства, предусмотренного пунктом 2.1.5 настоящего Договора, Гражданин обязуется уплатить в краевой бюджет штраф в двукратном размере полученной компенсации.

Оплата штрафа производится путем перечисления денежных средств в срок не позднее 60 дней с даты истечения срока, указанного в пункте 2.1.5 настоящего Договора, на расчетный счет:

3.2. В случае выявления фактов предоставления Гражданином недостоверных или подложных документов и сведений в целях заключения настоящего Договора и получения компенсации, Гражданин обязуется возратить в краевой бюджет всю сумму полученной компенсации, а также уплатить в краевой бюджет штраф в двукратном размере полученной компенсации.

3.3. В случае возникновения каких-либо разногласий или споров в ходе исполнения обязательств по настоящему Договору Стороны обязуются до передачи дела в суд урегулировать их путем переговоров.

При взыскании штрафа в случаях, предусмотренных 3.1, 3.2 настоящего Договора, Министерство направляет Гражданину письменную претензию, в которой указывает нарушенное обязательство, период просрочки обязательства и взыскиваемый размер штрафа. Претензия направляется заказным письмом с уведомлением о вручении. Претензия может быть направлена в любое время до истечения срока исковой давности по Договору. Срок для рассмотрения претензий - 10 календарных дней с даты ее получения.

При недостижении согласия спорные вопросы рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящий Договор считается заключенным с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

4.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся по взаимному согласию Сторон путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору в простой письменной форме в виде единого документа, подписываемого Сторонами.

4.3. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

4.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых хранится в Министерстве, второй передается Министерством в день подписания Гражданину (его представителю).

5. Адреса и реквизиты Сторон

Гражданин:

Министерство:

Министерство здравоохранения
 Красноярского края
 660017 г. Красноярск, ул. Красной
 Армии, 3

_____/_____/_____

_____/_____/_____