



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

09 сентября 2021

г. Барнаул

№ 485

Об утверждении Порядка заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

В соответствии с направлением (подпрограммой) 3 «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», утвержденной постановлением Правительства Алтайского края от 26.12.2019 № 541, приказываю:

1. Утвердить Порядок заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета (приложение).

2. Решение о предоставлении гражданам компенсации расходов на оплату обучения по программам специалитета в текущем календарном году принимается Министерством здравоохранения Алтайского края при наличии финансовых средств, предусмотренных государственной программой «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», утвержденной постановлением Правительства Алтайского края от 26.12.2019 № 541.

3. Отделу по вопросам государственной службы и кадров Министерства здравоохранения Алтайского края (Коростелева Т.М.) для информирования граждан при наличии финансовых средств, указанных в пункте 2 настоящего Приказа, ежегодно не позднее 10 сентября на официальном сайте Министерства здравоохранения Алтайского края в сети Интернет размещать следующие сведения:

общее количество человек для заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программам специалитета;

перечень специальностей по программам специалитета и соответствующих им должностей;

общую потребность медицинских организаций в медицинских работниках по программам специалитета для трудоустройства.

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здравоохранения Алтайского края

от 09.09. 2021 № 485

ПОРЯДОК

заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

I. Общие положения

1. Порядок заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета (далее – «Порядок») регулирует вопросы компенсации расходов на оплату обучения (далее – «компенсация») гражданам Российской Федерации, проходящим за счет собственных средств обучение по программе специалитета на любом курсе обучения на основании договора об оказании платных образовательных услуг, заключенного с государственной образовательной организацией высшего образования, расположенной на территории Алтайского края (далее – «гражданин», «образовательная организация») с целью укомплектования медицинских организаций, подведомственных Минздраву Алтайского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – «медицинская организация»).

2. Основанием предоставления компенсации является договор о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета, который заключается между гражданином и медицинской организацией, имеющей потребность в медицинских работниках по программам специалитета, перечень которых публикуется ежегодно на официальном сайте Минздрава Алтайского края в сети Интернет не позднее 10 сентября (далее – «договор о компенсации», «медицинская организация»).

3. Компенсация предоставляется в размере фактически понесенных гражданином расходов на оплату обучения по программе специалитета в соответствии с договором об оказании платных образовательных услуг, но не более 170 тысяч рублей за один курс обучения, начиная с даты заключения договора о компенсации до окончания действия договора об оказании платных образовательных услуг, ежегодно не позднее 30 декабря путем перечисления денежных средств на счет, открытый в российской кредитной организации, либо через отделение федеральной почтовой связи.

II. Оформление договора

4. Для оформления договора гражданин однократно представляет в медицинскую организацию, указанную в пункте 2 настоящего Порядка, следу-

ющие документы:

а) заявление (приложение 1 к настоящему Порядку) о заключении договора о компенсации (далее – «заявление»);

б) согласие на обработку персональных данных (приложение 2 к настоящему Порядку);

в) копии:

документа, удостоверяющего личность;

договора об оказании платных образовательных услуг (копия, не заверенная нотариально либо образовательной организацией, представляется с предъявлением оригинала и заверяется лицом, осуществляющим прием документов);

г) платежные документы, подтверждающие перечисление гражданином или его законным представителем средств на оплату обучения по программе специалитета в размере не менее половины стоимости текущего курса обучения.

Если гражданин на момент предоставления документов не достиг совершеннолетия, его законный представитель – родитель, усыновитель или попечитель дополнительно представляет следующие документы (за исключением случая, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации):

а) заявление (приложение 3 к настоящему Порядку) о согласии на заключение несовершеннолетним гражданином договора о компенсации;

б) согласие на обработку персональных данных (приложение 2 к настоящему Порядку);

в) копии:

документа, удостоверяющего личность законного представителя;

документа, удостоверяющего статус законного представителя.

5. Документы, указанные в пункте 4 настоящего Порядка, представляются лично гражданином или его законным представителем на бумажном носителе либо направляются почтовым отправлением с уведомлением о вручении и описью вложения.

Прием документов осуществляется в период с 15 сентября по 15 октября.

В случае, если документы, указанные в пункте 4 настоящего Порядка, представлены не в полном объеме, медицинская организация возвращает указанные документы с уведомлением о причине возврата и указанием перечня недостающих документов в течение 2 рабочих дней со дня поступления документов. При устранении недостатков документы могут быть поданы повторно в сроки, установленные настоящим пунктом.

6. Медицинская организация для заключения договора о компенсации в срок до 25 октября формирует сводную заявку (приложение 4 к настоящему Порядку) о заключении договора о компенсации (далее – «заявка») на бумажном носителе и направляет ее в Минздрав Алтайского края.

7. Минздрав Алтайского края в срок до 10 ноября:

рассматривает заявки, поступившие от медицинских организаций;
принимает решение о возможности заключения договора о компенсации либо об отказе в его заключении, которое оформляется приказом;
уведомляет о принятом решении медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней с даты его принятия.

8. Основанием для отказа в заключении договора о компенсации является несоответствие гражданина требованиям, указанным в пункте 1 настоящего Порядка.

В случае, если количество граждан, претендующих на заключение договора о компенсации, превышает общее количество человек для заключения договора о компенсации, опубликованное на официальном сайте Минздрава Алтайского края в сети Интернет, преимущество отдается гражданину, заявление которого было зарегистрировано в медицинской организации раньше.

9. Медицинская организация уведомляет о принятом решении (о возможности заключения договора о компенсации либо об отказе в его заключении) гражданина способом, указанным в заявлении, в течение 2 рабочих дней с даты получения уведомления Минздрава Алтайского края.

10. Гражданин при получении уведомления медицинской организации о возможности заключения договора о компенсации не позднее 25 ноября представляет в медицинскую организацию платежные документы, подтверждающие перечисление гражданином или его законным представителем средств на оплату полной стоимости обучения текущего курса обучения.

В случае непредоставления указанных документов компенсация за текущий курс обучения предоставляется в размере и на основании документов, указанных в подпункте «г» пункта 4 настоящего Порядка, поданных в сроки, указанные в пункте 5 настоящего Порядка.

11. В срок до 30 ноября медицинская организация заключает с гражданином договор о компенсации в соответствии с рекомендуемой формой (приложение 5 к настоящему Порядку).

III. Алгоритм взаимодействия Минздрава Алтайского края и медицинской организации

12. Медицинская организация ежегодно в срок до 30 ноября направляет в планово-финансовый отдел Минздрава Алтайского края заявку (приложение 6 к настоящему Порядку) на финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением компенсации.

Минздрав Алтайского края не менее чем за 15 рабочих дней до срока предоставления компенсации, установленного пунктом 3 настоящего Порядка, перечисляет компенсацию на счет медицинской организации на основании соглашения о предоставлении субсидии на иные цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания, заключенного с медицинской организацией.

13. В случае наступления оснований для возврата полученных средств компенсации гражданином, предусмотренных договором о компенсации, медицинская организация в течение 5 рабочих дней обязана уведомить об этом Минздрав Алтайского края. Возврат указанных средств осуществляется медицинской организацией путем их перечисления на счет Минздрава Алтайского края в течение 10 рабочих дней со дня их возврата гражданином на счет медицинской организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

Главному врачу КГБУЗ

« _____ »
_____»

(фамилия инициалы)

от _____

(ФИО полностью)

паспорт серия _____ № _____

(когда и кем выдан)

место регистрации _____

место фактического проживания _____

контактный телефон _____

**заявление
о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения
по программе специалитета**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от 09.09.2021 № 485 «Об утверждении Порядка заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета» прошу заключить со мной договор о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета по специальности _____.

(наименование специальности)

Договор об оказании платных образовательных услуг заключен с _____

(наименование государственной образовательной организацией высшего образования)

от _____ № _____.

Способ выплаты компенсации (отметить выбранный):

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

(наименование и реквизиты кредитной организации)

2. Через отделение федеральной почтовой связи по адресу:

_____.

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

_____.

(способ: посредством почтовой связи (адрес), по электронной почте (адрес))

« » _____ 20 г.

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

Согласие
на обработку персональных данных гражданина

Я, _____ /
(ФИО полностью гражданина)

_____,
(ФИО полностью законного представителя*)
зарегистрированный (ая) по адресу: _____

паспорт _____ № _____, выдан _____,
(дата) (кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие КГБУЗ « _____ » (далее – «Оператор»)

(наименование медицинской организации)
на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) другим органам и организациям, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего гражданина _____)*,
(ФИО полностью несовершеннолетнего гражданина)

а именно:

- фамилия, имя, отчество,
- дата и место рождения,
- гражданство;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);
- номер телефона;
- почтовый адрес (не применяется к персональным данным законного представителя);
- адрес электронной почты (не применяется к персональным данным законного представителя);

* Заполняется, если гражданин не достиг совершеннолетия (за исключением случая, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации)

банковские реквизиты (не применяется к персональным данным законного представителя);

сведения о документах об образовании (не применяется к персональным данным законного представителя);

сведения о договоре на оказание платных образовательных услуг (не применяется к персональным данным законного представителя).

Вышеуказанные персональные данные предоставляю в целях заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета и исполнения обязательств по такому договору.

Согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания в течение всего действия вышеуказанного договора и обязательств по такому договору.

Настоящее согласие может быть отозвано на основании письменного заявления в адрес Оператора в произвольной форме.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

Главному врачу КГБУЗ

« _____ »
_____»

(фамилия инициалы)

от _____

(ФИО полностью законного представителя)

паспорт серия _____ № _____

(когда и кем выдан)

место регистрации _____

место фактического проживания _____

контактный телефон _____

**заявление
законного представителя о согласии на заключение несовершеннолетним
гражданином договора о компенсации расходов на оплату обучения
по программе специалитета**

Я, _____,
(ФИО законного представителя)

являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____

(ФИО полностью, год рождения)

что подтверждается _____
(наименование документа, удостоверяющего статус законного представителя)

заявляю о согласии на заключение _____
(фамилия инициалы несовершеннолетнего)

договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета по специальности _____

с КГБУЗ « _____ ».
(наименование медицинской организации)

Настоящее согласие на заключение несовершеннолетним гражданином договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета прилагается к указанному договору и является его неотъемлемой частью.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

Заявка о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета в 20__ г.

КГБУЗ « _____ »
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина	Дата, месяц, год рождения	Наименование образовательной организации	Сведения о заключении гражданином договора об оказании платных образовательных услуг по программе специалитета	Стоимость одного курса обучения по программе специалитета в текущем году	Размер средств, перечисленных в текущем году гражданином на оплату обучения по программе специалитета	Наименование специальности по программе специалитета, на которой обучается гражданин	Курс, на котором обучается гражданин	Дата регистрации заявления о заключении договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

Главный врач медицинской организации

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

«_» _____ 20__ г.
Исполнитель (ФИО, телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА ДОГОВОРА
о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

_____ «__» _____ 20__ г.
(место заключения договора)

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«_____»
далее «Медицинская организация», в лице главного врача

_____ действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____

_____ (ФИО)
дата рождения _____, паспорт № _____, выданный

_____ (кем)
дата выдачи _____, зарегистрирован(а) _____

_____ именуемый(ая) в дальнейшем «Гражданин», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от 09.09.2021 № 485 «Об утверждении Порядка заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором:

Гражданин обязуется освоить образовательную программу специалитета в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальности _____, реализуемой в государственной образовательной организации высшего образования _____

_____ (далее – программа специалитета), успешно пройти государственную итоговую аттестацию по программе специалитета, заключить не позднее чем через один месяц со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудовой договор с Медицинской организацией о работе в должности _____ и в течение трех лет

выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, с условием его продления на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

Медицинская организация обязуется предоставить Гражданину компенсацию расходов на оплату обучения по программе специалитета (далее – компенсация) в размере фактически понесенных Гражданином расходов на оплату обучения по программе специалитета, начиная с курса, на котором заключен настоящий Договор до окончания действия договора об оказании платных образовательных услуг, но не более 170 000 рублей за один курс обучения, и обеспечить трудоустройство Гражданина в соответствии с полученной квалификацией.

Предоставление Гражданину компенсации приостанавливается в период нахождения его в академическом отпуске и возобновляется в случае прекращения указанного обстоятельства.

Предоставление Гражданину компенсации прекращается в случае расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления гражданина из образовательной организации до окончания нормативного срока освоения программы специалитета с даты наступления указанного обстоятельства.

Согласие законного представителя несовершеннолетнего Гражданина – родителя, усыновителя или попечителя, оформленное в письменной форме, прилагается к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью¹.

2. Обязательства Сторон

2.1. Гражданин обязуется:

2.1.1. Осваивать программу специалитета, указанную в пункте 1.1 настоящего Договора.

2.1.2. Представлять в Медицинскую организацию платежные документы, подтверждающие перечисление Гражданином или его законным представителем средств на оплату текущего курса обучения, ежегодно не позднее 25 ноября.

2.1.3. Письменно уведомить Медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, банковских реквизитов и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в течение пяти рабочих дней со дня возникновения указанных изменений.

2.1.4. Письменно уведомлять Медицинскую организацию о предоставлении и завершении академического отпуска Гражданина, а также о растор-

¹ Указывается в случае заключения договора с несовершеннолетним гражданином или в случаях, когда гражданин не приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

жении (прекращении) договора об оказании платных образовательных услуг и отчислении Гражданина из образовательной организации до окончания нормативного срока освоения программы специалитета в срок не позднее пяти рабочих дней со дня наступления указанных фактов.

2.1.5. Заключить не позднее чем через один месяц со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудовой договор с Медицинской организацией о работе в должности, указанной в пункте 1.1 настоящего Договора, и в течение трех лет выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, с условием его продления на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.1.6. Возвратить полученные средства компенсации в полном объеме в случаях:

а) расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления Гражданина из образовательной организации до окончания нормативного срока освоения программы специалитета, за исключением расторжения (прекращения) договора об оказании платных образовательных услуг и отчисления Гражданина из образовательной организации по обстоятельствам, не зависящим от воли Гражданина (ликвидация образовательной организации; наличие заболеваний, препятствующих продолжению обучению в образовательной организации; смерть Гражданина);

б) неисполнения Гражданином в срок не позднее чем через один месяц со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации обязательства по заключению трудового договора с Медицинской организацией, предусматривающего работу в должности врача, указанной в пункте 1.1 настоящего Договора, по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, за исключением неисполнения данного обязательства по обстоятельствам, не зависящим от воли Гражданина и возникшим не ранее даты заключения настоящего Договора (наличие заболеваний, препятствующих трудоустройству в Медицинскую организацию; признание Гражданина в установленном порядке инвалидом I или II группы), а также смерть Гражданина;

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

г) прекращения трудового договора (контракта), заключенного Гражд-

данином с Медицинской организацией, до истечения трех лет с даты его заключения в связи с призывом гражданина на военную службу или направления на замещающую ее альтернативную гражданскую службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) в случае отказа Гражданина от продления срока действия настоящего Договора на период неисполнения функциональных обязанностей.

Возврат средств компенсации производится Гражданином путем перечисления денежных средств на расчетный счет _____

_____ в срок не позднее 30 дней с даты наступления одного из случаев, указанных в настоящем пункте.

В случае невозврата Гражданином полученных средств компенсации в установленный срок Медицинская организация взыскивает указанные средства в судебном порядке.

2.2. Медицинская организация обязуется:

2.2.1. Выплатить Гражданину компенсацию не позднее 30 декабря способом _____

_____ 2.2.2. Обеспечить трудоустройство Гражданина в соответствии с полученной квалификацией.

2.3. Гражданин, освоивший программу специалитета:

2.3.1. Вправе заключить с Минздравом Алтайского края договор о компенсации расходов на оплату обучения по программам ординатуры в соответствии с приказом Минздрава Алтайского края от 15.07.2019 № 185 «О реализации государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», а также договор о целевом обучении по программе ординатуры в рамках квот целевого приема в соответствии с типовой формой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования», с последующим трудоустройством в Медицинскую организацию (далее – «договор по программе ординатуры»).

При этом исполнение обязательств по настоящему Договору приостанавливается до полного исполнения обязательств по договору по программе ординатуры с последующим освобождением от исполнения обязательств по настоящему Договору.

В случае неисполнения обязательств по договору по программе ординатуры ответственность наступает как по настоящему Договору, так и по договору по программе ординатуры.

2.3.2. Вправе заключить с Медицинской организацией договор, предусматривающий частичное либо полное софинансирование Медицинской организацией расходов Гражданина на оплату обучения по программе ординатуры по договору об оказании платных образовательных услуг с государ-

ственной образовательной организацией высшего образования (далее – «договор о софинансировании по программе ординатуры»).

Договором о софинансировании по программе ординатуры должно быть предусмотрено обязательство Гражданина в течение трех лет выполнять трудовые функции по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, с условием его продления на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации)

При этом исполнение обязательств по настоящему Договору приостанавливается до полного исполнения обязательств по договору о софинансировании по программе ординатуры с последующим освобождением от исполнения обязательств по настоящему Договору.

В случае неисполнения обязательств по договору о софинансировании по программе ординатуры ответственность наступает как по настоящему Договору, так и по договору о софинансировании по программе ординатуры.

2.3.3. В случае заключения брака с гражданином, имеющим обязательства о трудоустройстве перед медицинской организацией, подведомственной Минздраву Алтайского края, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, либо с гражданином, уже являющимся медицинским работником указанной организации, вправе не позднее чем через один месяц со дня получения соответствующего документа об образовании и о квалификации трудоустроиться в эту же медицинскую организацию при наличии вакантных ставок и на условиях настоящего Договора.

В таком случае к настоящему Договору заключается дополнительное соглашение о замене стороны настоящего Договора – медицинской организации.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случаях, предусмотренных пунктами «б», «в» и «г» пункта 2.1.6 настоящего Договора, Гражданин обязан уплатить штраф в двукратном размере полученной компенсации путем перечисления денежных средств на расчетный счет _____

в срок не позднее 30 дней с даты наступления указанных случаев.

В случае невозврата Гражданином штрафа в установленный настоящим пунктом срок Медицинская организация взыскивает указанные средства в судебном порядке.

3.3. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату денеж-

ных средств компенсации Гражданин уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

3.4. Медицинская организация в случае неисполнения обязательства по трудоустройству Гражданина в соответствии с полученной квалификацией выплачивает Гражданину одновременно компенсацию в сумме, равной трехкратной величине среднемесячной начисленной заработной платы в Алтайском крае, в срок не позднее 30 дней со дня окончания срока трудоустройства, предусмотренного пунктом 2.1.5 настоящего Договора, за исключением случая, установленного 2.3.3 настоящего Договора.

4. Заключительные положения

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

4.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

5. Подписи Сторон

Медицинская организация

Гражданин

(ФИО полностью)

Главный врач _____ / _____
(должность) (подпись) (ФИО)

_____ / _____
(фамилия инициалы) (подпись)

М.п.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 к Порядку заключения договора о компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета

**Заявка на финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением компенсации расходов на оплату обучения по программе специалитета в 20__ г.
КГБУЗ «_____»
(наименование медицинской организации)**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина	Сведения о заключении гражданном договоре об оказании платных образовательных услуг по программе специалитета	Стоимость одного курса обучения по программе специалитета в текущем году, руб.	Сумма остатка, руб.	Сумма заявки на оплату обучения с учетом остатка, руб.

Главный врач медицинской организации

_____/_____
(подпись) (фамилия инициалы)

«__» _____ 20__ г.
Исполнитель (ФИО, телефон)