



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**от 17 сентября 2025 года № 14-пз**

г. Архангельск

**Об утверждении типовой формы договора об осуществлении  
единовременной компенсационной выплаты отдельным категориям  
медицинских работников**

В соответствии с пунктом 2 Порядка о предоставлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 462-пп, Положением о министерстве здравоохранения Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 27 марта 2012 года № 119-пп, министерство здравоохранения Архангельской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемую типовую форму договора об осуществлении единовременной компенсационной выплаты отдельным категориям медицинских работников.

2. Признать утратившим силу постановление министерства здравоохранения Архангельской области от 3 июня 2021 года № 5-пз «Об утверждении типовой формы договора об осуществлении единовременной выплаты».

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



А.С. Герштанский

УТВЕРЖДЕНА  
постановлением министерства  
здравоохранения Архангельской области  
от 17 сентября 2025 года № 14-пз

**Типовая форма  
договора об осуществлении единовременной компенсационной  
выплаты отдельным категориям медицинских работников**

г. Архангельск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ года

Министерство здравоохранения Архангельской области, именуемое в дальнейшем «Уполномоченный орган», в лице министра \_\_\_\_\_, действующего на основании распоряжения Губернатора Архангельской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» и Положения о министерстве здравоохранения Архангельской области, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 27 марта 2012 года № 119-пп, с одной стороны,

\_\_\_\_\_, именуемый в  
фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения

дальнейшем «Медицинский работник», паспорт \_\_\_\_\_,

номер, серия, кем и когда выдан

проживающий(ая) \_\_\_\_\_,

место жительства заявителя в сельском населенном пункте (рабочем поселке)

адрес \_\_\_\_\_ (места \_\_\_\_\_ жительства \_\_\_\_\_ пребывания)

закончил (а) \_\_\_\_\_,  
наименование образовательной организации высшего образования или профессиональной образовательной организации

по специальности \_\_\_\_\_, трудовой договор от  
№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_

наименование государственной медицинской организации Архангельской области

расположенным \_\_\_\_\_

адрес государственной медицинской организации Архангельской области (обособленного структурного подразделения)

для выполнения работы по должности \_\_\_\_\_

с другой стороны, и \_\_\_\_\_

менуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, действующего на  
основании \_\_\_\_\_,

с третьей стороны, именуемые в дальнейшем при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор об осуществлении единовременной

компенсационной выплаты отдельным категориям медицинских работников, именуемый в дальнейшем «Договор», о нижеследующем.

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является получение Медицинским работником единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_ рублей в соответствии с Порядком о предоставлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 462-пп (далее – Порядок).

## 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Уполномоченный орган обязан:

2.1.1. Обеспечить перечисление Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_ рублей в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора на указанный в заявлении медицинского работника банковский счет, открытый в кредитной организации.

2.1.2. Принять необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных Медицинского работника.

2.1.3. В течение 30 рабочих дней со дня получения уведомления от медицинской организации, предусмотренного пунктом 2.4.2 настоящего Договора (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 – 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, а также в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), осуществить расчет подлежащей возврату части единовременной компенсационной выплаты и направить Медицинскому работнику уведомление о необходимости возврата части единовременной компенсационной выплаты с указанием реквизитов лицевого счета Уполномоченного органа, открытого в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу.

2.2. Медицинский работник обязан:

2.2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения настоящего Договора по основному месту работы на должности в соответствии с трудовым договором, заключенным Медицинским работником с Учреждением, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, при условии продления срока действия Договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации) и периоды нахождения в отпусках по беременности и родам и уходу за ребенком.

2.2.2. Возвратить в доход областного бюджета часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения или изменения трудового договора до истечения

пятилетнего срока, в случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) либо перевода на другую должность (за исключением случаев, предусмотренных Порядком) или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам до истечения 5-летнего срока.

В случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения функциональных обязанностей или возратить в доход областного бюджета часть единовременной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора (по выбору Медицинского работника).

Возврат части единовременной выплаты осуществляется медицинским работником в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления Уполномоченного органа, указанного в пункте 2.1.3 настоящего Договора, на лицевой счет Уполномоченного органа, открытый в Управлении Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу.

При этом уведомление считается полученным, если адресат уклонился от получения корреспонденции в отделении связи, в связи с чем она была возвращена по истечении срока хранения.

2.2.3. Подтвердить свое согласие на обработку своих персональных данных Уполномоченным органом, Учреждением, именуемыми в дальнейшем «Операторы», включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, орган выдавший паспорт), адрес места жительства (места пребывания), номер телефона, страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН), номер счета в кредитной организации (реквизиты кредитной организации), реквизиты диплома о высшем медицинском образовании (год окончания обучения, наименование образовательной организации, специальность по диплому), реквизиты трудового договора, заключенного с Учреждением (дата заключения, номер, юридический адрес Учреждения, адрес структурного подразделения, наименование Учреждения, наименование специальности), сведения о трудовой деятельности или копию трудовой книжки и другую информацию, предоставляемую Медицинским работником в целях заключения настоящего Договора для осуществления единовременной компенсационной выплаты. Медицинский работник предоставляет операторам право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, определенных соглашениями и нормативными правовыми актами, принятыми в целях реализации Порядка; обезличивание; блокирование; уничтожение персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки. Согласие Медицинского работника на обработку персональных данных действует со дня подписания настоящего Договора и до истечения пяти лет после прекращения действия Договора. По истечении срока действия согласия персональные данные Медицинского работника подлежат уничтожению.

2.4. Учреждение обязано:

2.4.1. Согласовывать в течение пяти лет с Уполномоченным органом вносимые в трудовой договор с Медицинским работником изменения.

2.4.2. В случае прекращения трудового договора с Медицинским работником, перевода на другую должность до истечения пятилетнего срока уведомить об этом Уполномоченный орган в течение трех рабочих дней со дня прекращения трудового договора, перевода на другую должность.

2.4.3. В течение срока, установленного пунктом 2.2.1 Договора, принимать меры, направленные на создание необходимых условий для осуществления Медицинским работником трудовой деятельности.

### **3. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

3.1. Изменение условий настоящего Договора возможно только по соглашению Сторон.

3.2. Досрочное расторжение настоящего Договора допускается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

3.3. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершаются в письменной форме и подписываются всеми Сторонами.

### **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Настоящий Договор действует со дня его подписания до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации, и условиями настоящего Договора.

5.2. За неисполнение обязанностей по возврату единовременной компенсационной выплаты в течение десяти рабочих дней со дня получения уведомления Уполномоченного органа, ее возврат производится Медицинским работником с начислением неустойки (пени) в размере одной десятой (0,1) процента от суммы задолженности за каждый день просрочки.

Неустойка (пеня) начисляется за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, указанного в пункте 2.2.2 настоящего Договора, до выплаты задолженности в полном объеме.

5.3. В случае, если денежные средства не будут добровольно возвращены Медицинским работником в областной бюджет в срок, указанный в пункте 2.2.2 настоящего Договора, их возврат осуществляется Уполномоченным органом в судебном порядке с взысканием неустойки, предусмотренной пунктом 5.2 настоящего Договора.

5.4. Все споры, вытекающие из настоящего Договора или связанные с ним, подлежат рассмотрению в Октябрьском районном суде города Архангельска.

### **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6.2. Споры по настоящему Договору рассматриваются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

## 7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Уполномоченный орган:

Министерство здравоохранения  
Архангельской области  
ИНН 2901070303  
КПП 290101001  
Расчетный счет 03221643110000002400

Получатель министерство финансов  
Архангельской области (министерство  
здравоохранения Архангельской области  
л/сч 3242017550)

Отделение Банка России Архангельск  
УФК по Архангельской области и  
Ненецкому автономному округу г.  
Архангельск

БИК 011117401  
ОКТМО 11701000  
Кор. счет 40102810045370000016  
Телефон: 45-45-00  
Факс: 21-57-10

### Медицинский работник:

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт: серия, номер, когда и кем  
выдан \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ место  
рождения: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места  
пребывания): \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Расчетный счет №: \_\_\_\_\_

Наименование банка: \_\_\_\_\_

К/счет: \_\_\_\_\_

БИК банка: \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

ОКПО \_\_\_\_\_

Номер банковской карты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /  
М.П.

### Учреждение:

Название \_\_\_\_\_

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

КПП \_\_\_\_\_

Расчетный счет: \_\_\_\_\_

л/с \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

ОКАТО \_\_\_\_\_

Телефон/факс \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /  
М.П. (подпись)

(ф.и.о. руководителя)