|  |
| --- |
| **ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ** |
| **Муниципальное образование** **«Тулунский район»****АДМИНИСТРАЦИЯ** |
| **Тулунского муниципального района** |
|  |
| **П О С Т А Н О В Л Е Н И Е** |
|  |
|  |
| **08.02.2022 г. № 20-пг** |
| **г. Тулун** |
|  |
| **Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района** |

В целях укомплектования кадрами и закрепления специалистов, окончивших учебные заведения высшего и среднего медицинского образования и поступивших на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 15, частью 5 статьи 20 Федерального закона от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», статьей 7(1) Закона Иркутской области от 05.03.2010 г. № 4-оз «Об отдельных вопросах здравоохранения в Иркутской области», решением Думы Тулунского муниципального района от 28.09.2021 г. № 265 «Об установлении дополнительных мер социальной поддержки врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района», статьями 22, 36 Устава муниципального образования «Тулунский район»

**П О С Т А Н О В Л Я Ю:**

1. Утвердить Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района (прилагается).

2. Финансовое обеспечение расходных обязательств, связанных с предоставлением дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района, осуществлять за счет средств местного бюджета.

3. Признать утратившими силу:

- постановление Администрации Тулунского муниципального района от 01.11.2017 г. № 122-пг «Об утверждении Порядка осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района»;

- постановление Администрации Тулунского муниципального района от 18.09.2019 г. № 140-пг «О внесении изменений в Порядок осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района».

4. Опубликовать настоящее постановление в информационном бюллетене «Вестник Тулунского района» и разместить на официальном сайте Администрации Тулунского муниципального района в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя мэра Тулунского муниципального района по социальным вопросам В.Н. Карпенко.

**ВрИО мэра Тулунского**

**муниципального района С.В. Шаяхматов**

Утвержден

постановлением Администрации

Тулунского муниципального района

от 08.02.2022 г. № 20-пг

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ ВРАЧАМ И СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОГБУЗ «ТУЛУНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА», РАСПОЛОЖЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ТУЛУНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА

(далее – Порядок)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 12 части 1 статьи 15, частью 5 статьи 20 Федерального закона от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», статьей 7(1) Закона Иркутской области от 05.03.2010 г. № 4-оз «Об отдельных вопросах здравоохранения в Иркутской области», решением Думы Тулунского муниципального района от 28.09.2021 г. № 265 «Об установлении дополнительных мер социальной поддержки врачам и фельдшерам структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района» и определяет порядок, в том числе размер и условия, предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района (далее соответственно – выплата подъемных, медицинские работники).

1.2. Настоящий Порядок разработан в целях реализации мероприятий подпрограммы «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории Тулунского муниципального района» на 2021-2025 годы муниципальной программы «Экономическое развитие Тулунского муниципального района» на 2021-2025 годы, утвержденной постановлением Администрации Тулунского муниципального района от 23.10.2020 г. № 140-пг (далее – Подпрограмма).

1.3. Основанием для предоставления выплаты подъемных медицинским работникам является наличие следующих условий:

1) окончание образовательного учреждения высшего (среднего) профессионального медицинского образования;

2) поступление на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, по полученной специальности по трудовому договору, заключенному на срок не менее пяти лет.

1.4. Размер выплаты подъемных врачам составляет 100 тысяч рублей, среднему медицинскому персоналу - 50 тысяч рублей с учетом налога на доходы физических лиц.

Выплата подъемных медицинским работникам осуществляется за счет средств бюджета Тулунского муниципального района, предусмотренных на реализацию программных мероприятий в соответствующем финансовом году, в рамках реализации Подпрограммы и предоставляется однократно.

2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ВЫПЛАТОЙ ПОДЪЕМНЫХ

2.1. Выплата подъемных осуществляется на основании письменного заявления медицинского работника о предоставлении ему выплаты подъемных, составленного по форме согласно Приложению № 1 к настоящему Порядку (далее – заявление).

2.2. Заявление подается медицинским работником в Администрацию Тулунского муниципального района (далее – Администрация), расположенную по адресу: 665268, Иркутская область, г. Тулун, ул. Ленина, 75 в часы работы с 8:00 часов до 17:00 часов, обед с 12:00 часов до 13:00 часов, в течение всего срока действия Подпрограммы.

2.3. К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, заверенная в установленном законодательством порядке;

2) копия документа о высшем (среднем) профессиональном образовании, заверенная в установленном законодательством порядке;

3) копия трудового договора, заключенного с ОГБУЗ «Тулунская городская больница», заверенная в установленном законодательством порядке.

2.4. Поступившее в Администрацию заявление с прилагаемыми к нему документами, указанными в пункте 2.3. настоящего Порядка, проходит регистрацию в соответствии с требованиями Инструкции по делопроизводству в Администрации в течение трех рабочих дней с момента его поступления.

2.5. После регистрации заявление и прилагаемые к нему документы, указанные в пункте 2.3. настоящего Порядка, направляются в Комитет по экономике и развитию предпринимательства администрации Тулунского муниципального района (далее – Комитет).

2.6. Комитет в течение 5-ти рабочих дней со дня получения заявления и прилагаемых к нему документов, указанных в пункте 2.3. настоящего Порядка, готовит проект распоряжения Администрации об осуществлении выплаты подъемных медицинскому работнику.

3. ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ ИЛИ ОБ ОТКАЗЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ

3.1. Решение об осуществлении выплаты подъемных или об отказе в осуществлении выплаты подъемных медицинскому работнику принимается мэром Тулунского муниципального района в течение 30-ти дней со дня регистрации заявления с прилагаемыми к нему документами, указанными в пункте 2.3. настоящего Порядка.

3.2. Решение об отказе в осуществлении выплаты подъемных медицинскому работнику принимается в случае:

1) невыполнения условий, установленных пунктом 1.3. настоящего Порядка;

2) представления не полного перечня документов, указанных в пункте 2.3. настоящего Порядка.

3.3. В случае принятия решения об отказе в осуществлении выплаты подъемных медицинскому работнику Комитет в срок не позднее 10-ти рабочих дней со дня принятия соответствующего решения информирует медицинского работника о принятом решении с указанием причин отказа.

3.4. Для осуществления выплаты подъемных между Администрацией, ОГБУЗ «Тулунская городская больница» (далее – медицинское учреждение) и медицинским работником заключается соглашение о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Порядку (далее – соглашение).

3.5. В течение 10-ти рабочих дней со дня подписания распоряжения Администрации об осуществлении выплаты подъемных медицинскому работнику Комитет готовит проект соглашения и направляет его в медицинское учреждение для подписания.

3.6. Администрация, на основании заключенных соглашений, перечисляет выплату подъемных на расчетный счет медицинского работника, указанный в заявлении, в течение 30-ти календарных дней со дня подписания соглашения.

3.7. Выплата подъемных медицинским работникам осуществляется в пределах лимитов, предусмотренных в ресурсном обеспечении Подпрограммы.

В случае недостатка финансовых средств в ресурсное обеспечение Подпрограммы вносятся изменения.

3.8. Выплата подъемных медицинским работникам осуществляется в безналичной форме через банки или иные кредитные организации.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. В случае прекращения трудового договора с медицинским работником до истечения пятилетнего срока медицинский работник обязан в течение 30-ти календарных дней со дня расторжения трудового договора вернуть часть выплаты подъемных, рассчитанных пропорционально не отработанному им времени (при этом в пятилетний срок не включаются периоды отпусков по уходу за детьми до 5-ти лет).

4.2. В случае расторжения трудового договора с медицинским работником по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 2 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации, часть выплаты подъемных возврату медицинским работником не подлежит.

4.3. В случае прекращения трудового договора с медицинским работником по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, часть выплаты подъемных возврату медицинским работником не подлежит.

4.3. При расторжении трудового договора с медицинским работником медицинское учреждение обязано:

1) в день расторжения трудового договора с медицинским работником вручить ему под роспись уведомление о необходимости возврата части выплаты подъемных;

2) в течение рабочего дня, следующего за днем расторжения трудового договора, направить уведомление в Администрацию о прекращении трудовых отношений с медицинским работником до истечения установленного срока с приложением копии уведомления, указанного в подпункте 1 настоящего пункта, и приказа о расторжении трудового договора с медицинским работником.

4.4. В случае невозврата медицинским работником части выплаты подъемных в срок, установленный в пункте 4.1. настоящего Порядка, Администрация вправе обратиться в суд с иском о взыскании данных денежных средств.

Приложение № 1

к Порядку

предоставления дополнительных мер социальной

поддержки в виде выплаты подъемных

врачам и среднему медицинскому персоналу

структурных подразделений

ОГБУЗ «Тулунская городская больница»,

расположенных на территории

 Тулунского муниципального района

 Мэру Тулунского муниципального района

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

 *(Ф.И.О.)*

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. медицинского работника)*

 проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с поступлением на работу в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование структурного подразделения)*

ОГБУЗ «Тулунская городская больница» на должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование должности)*

прошу Вас, в соответствии с Порядком предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных врачам и среднему медицинскому персоналу структурных подразделений ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенных на территории Тулунского муниципального района, утвержденным постановлением Администрации Тулунского муниципального района от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_\_\_\_, предоставить мне дополнительную меру социальной поддержки в виде выплаты подъемных в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ коп.

Денежные средства прошу перечислить в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование банка или иной кредитной организации)*

на мой расчетный счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, заверенную в установленном законодательством порядке;

2) копию документа о высшем (среднем) профессиональном образовании, заверенную в установленном законодательством порядке;

3) копию трудового договора, заключенного с ОГБУЗ «Тулунская городская больница», заверенную в установленном законодательством порядке.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(подпись) (Ф.И.О.)*

Приложение № 2

к Порядку

установления дополнительных мер социальной

поддержки в виде выплаты подъёмных

 врачам и среднему медицинскому персоналу

структурных подразделений

ОГБУЗ «Тулунская городская больница»,

расположенные на территории

 Тулунского муниципального района

СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_

О ПРЕДОТАВЛЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

 Администрация Тулунского муниципального района, именуемая в дальнейшем «Администрация», в лице мэра Тулунского муниципального района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,* действующего на основании Устава

 *(Ф.И.О. мэра Тулунского муниципального района)*

 муниципального образования «Тулунский район», с одной стороны, и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование медицинского учреждения)*

именуемое в дальнейшем «Медицинское учреждение», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование должности, Ф.И.О. руководителя или уполномоченного им лица)*

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны

 *(наименование, дата, номер правового акта)*

и врач или средний медицинский персонал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Ф.И.О. медицинского работника)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(реквизиты документа, удостоверяющего личность)*

именуемый в дальнейшем «медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Взаимоотношения Сторон при предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты подъемных медицинским работникам осуществляются в соответствии с подпрограммой «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории Тулунского муниципального района» на 2021-2025 годы муниципальной программы «Экономическое развитие Тулунского муниципального района» на 2021-2025 годы, утвержденной постановлением Администрации Тулунского муниципального района от 23.10.2020 г. № 140-пг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Администрация:

2.1.1. Осуществляет выплату подъемных медицинскому работнику в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ коп. с учетом налога на доходы физических лиц в течение 30-ти дней со дня заключения настоящего Соглашения в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского работника.

2.1.2. Принимает необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных медицинского работника.

2.1.3. Осуществляет расчет части выплаты подъемных, подлежащей возврату в бюджет Тулунского муниципального района, пропорционально не отработанному медицинским работником времени. Сообщает Медицинскому учреждению банковские реквизиты для осуществления возврата.

2.1.4. В случае невозврата медицинским работником выплаты подъемных при досрочном прекращении трудового договора взыскивает с медицинского работника часть выплаты подъемных, подлежащей взысканию, в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Медицинское учреждение:

2.2.1. В случае расторжения трудового договора с медицинским работником до истечения пятилетнего срока работы вручает ему в день увольнения под роспись уведомление о необходимости возврата части выплаты подъемных (при этом в пятилетний срок не включаются периоды отпусков по уходу за детьми до 5-ти лет).

2.2.2. В течение рабочего дня, следующего за днем расторжения трудового договора, направляет уведомление в Администрацию о прекращении трудовых отношений с медицинским работником до истечения установленного срока с приложением копии уведомления, указанного в пункте 2.2.1., и копии приказа о расторжении трудового договора.

2.3. Медицинский работник:

2.3.1. В течение пяти лет осуществляет трудовую деятельность в Медицинском учреждении по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с Медицинским учреждением.

2.3.2. В случае прекращения трудового договора с Медицинским учреждением до истечения пятилетнего срока работы медицинский работник в течение 30-ти календарных дней со дня расторжения трудового договора возвращает часть выплаты подъемных (при этом в пятилетний срок не включаются периоды отпусков по уходу за детьми до 5-ти лет).

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ

3.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до истечения пятилетнего срока работы медицинского работника в соответствии с заключенным с Медицинским учреждением трудовым договором.

3.2. Все изменения и дополнения к Соглашению считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Соглашения Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию Сторон в письменной форме в виде дополнений к настоящему Соглашению, которые являются неотъемлемой частью Соглашения.

 4.3. Споры между Сторонами решаются путем переговоров или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 4.4. Настоящее Соглашение составлено в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, в том числе: один экземпляр – Администрации; второй экземпляр – Медицинскому учреждению; третий экземпляр – медицинскому работнику.

5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Администрация:**Администрация Тулунского муниципального районаТел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Юридический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мэр Тулунского муниципального района: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МП | **Медицинское учреждение:**Наименование медицинского учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МП | **Медицинский работник:**Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации по паспорту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |