Для заключения договора о получении единовременной компенсационной выплаты в размере 1 (один) миллион рублей в Минздрав Бурятии (каб. 401) необходимо представить:

а) заявление о предоставлении выплаты (образец заявления прилагается ниже, а также имеется в отделе кадров по месту работы);

б) копию трудового договора, заверенную работодателем;

в) оригинал и копию документа, удостоверяющего личность;

г) копию трудовой книжки, заверенную работодателем;

д) копии документов, подтверждающих наличие высшего медицинского образования, заверенные работодателем;

е) сведения о реквизитах для перечисления выплаты.

**Образец заявления (заполняется от руки)**

Министру здравоохранения Республики Бурятия

В.В.Кожевникову

врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование должности и ЛПУ

согласно заключенному трудовому договору)

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

(ФИО полностью)

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

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

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

(почтовый адрес: индекс, населенный пункт, улица, дом)

Контактные телефоны (рабочий, мобильный)

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

Заявление

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011г. № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

К заявлению прилагаю: перечисление документов на … стр. в… экз.

С порядком и условиями получения единой компенсационной выплаты ознакомлен(а)

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен (а) на обработку своих персональных данных в информационных системах Министерства здравоохранения Республики Бурятия, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия, Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_