

Додаток 3
до Програми забезпечення медичних
закладів Менської міської
територіальної громади медичними
кадрами на 2025 - 2027 роки

ДОГОВІР № _____

м. Мена

«__» _____ 20__р.

_____ далі –
Підприємство, в особі _____,
(посада, П.І.Б.)
що діє на підставі _____,
громадянин(ка) _____
_____ (ПБ, спеціальність)
далі - Працівник (молодий спеціаліст), випускник 20__ року
_____ (назва навчального закладу)
уклали даний Договір про наступне:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Підприємство при прийомі на роботу Працівника (молодого спеціаліста)

_____ (посада, кабінет, відділення)
здійснює виплату (підйомні) в розмірі _____ грн. (_____) (сума прописом)
за рахунок бюджетних коштів відповідно до Програми забезпечення медичних
закладів Менської міської територіальної громади медичними кадрами на 2025 –
2027 роки, затвердженої рішенням ____ сесії Менської міської ради 8 скликання
від ____ 2024 року № ____.

2.ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

2.1. Працівник (молодий спеціаліст) зобов'язується відпрацювати на займаній
посаді не менше трьох років з _____.
(дата отримання виплати)

2.2. В разі дострокового звільнення Працівника з роботи до закінчення трирічного
терміну отримані кошти підлягають поверненню на рахунок Підприємства, окрім
випадків звільнення:

- в зв'язку зі скороченням чисельності або штату працівників;
- в зв'язку з неможливістю продовжувати роботу за станом здоров'я.

2.3. Підприємство зобов'язане перерахувати Працівнику кошти, передбачені
пунктом 1.1. договору протягом 10 (десяти) банківських днів з дати укладення
договору.

3.ІНШІ УМОВИ

3.1. Даний Договір вступає в силу з моменту підписання сторонами і діє до

повного виконання сторонами своїх зобов'язань.

3.2. При виконанні даного Договору сторони керуються нормами чинного законодавства України. Сторони дають згоду на зберігання, обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

3.3. Даний Договір складений в 2-х примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу, по одному для кожної із сторін.

4. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН

ПРАЦІВНИК (молодий спеціаліст)

(ПІБ)

(місце проживання, адреса для листування)

(паспорт номер, серія, ким і коли виданий)

(ідентифікаційний код)

(телефон)

(підпис)

(ПІБ)

ПІДПРИЄМСТВО:

Адреса:

(підпис)

(ПІБ)

М.П.

Начальник Відділу соціального захисту
населення та охорони здоров'я
Менської міської ради

Марина МОСКАЛЬЧУК