



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

3 августа 2026 г.

№ 54-29-мпр

Иркутск

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 26 января 2024 года № 4-мпр

В соответствии с частью 2¹ статьи 2 Закона Иркутской области от 11 июля 2023 года № 112-ОЗ «О дополнительной мере социальной поддержки в Иркутской области медицинских работников в городах с населением от 50 до 100 тысяч человек», руководствуясь статьей 21 Устава Иркутской области, пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 26 января 2024 года № 4-мпр «Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику» (далее – приказ) следующие изменения:

1) индивидуализированный заголовок изложить в следующей редакции: «Об утверждении формы договора о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику и форм дополнительных соглашений к договору о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику»;

2) пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить:

форму договора о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в городе с населением от 50 до 100 тысяч человек (прилагается);

форму дополнительного соглашения к договору о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в городе с населением от 50 до 100 тысяч человек (при переводе в пределах одной медицинской организации) (прилагается);

форму дополнительного соглашения к договору о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в городе с населением от 50 до 100 тысяч человек (при переводе в другую медицинскую организацию) (прилагается)».

2. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (www.ogirk.ru), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) после его государственной регистрации.

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять календарных дней после дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Иркутской области



А.А. Модестов

«УТВЕРЖДЕНО
приказом министерства
здравоохранения Иркутской области
от 26 января 2024 г. № 4-мпр

« » 20 г.

3. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Медицинская организация:
 Адрес места нахождения:

 ИНН: _____
 КПП: _____

 р/с _____
 _____ / _____
 (подпись) (расшифровка)
 М.П.».

Работник:
 Ф.И.О. _____
 Адрес места жительства
 (пребывания): _____
 Телефон: _____

 ИНН: _____
 СНИЛС: _____
 _____ / _____
 (подпись) (расшифровка)

Приложение 2
к приказу министерства
здравоохранения Иркутской области
от « 3 » августа 2026 г. № 54-29-мпр

«УТВЕРЖДЕНО
приказом министерства
здравоохранения Иркутской области
от 26 января 2024 г. № 4-мпр

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ К ДОГОВОРУ
ОТ « ____ » _____ 20 ____ Г. № ____
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ
МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ПОДВЕДОМСТВЕННОЙ МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ В ГОРОДЕ С НАСЕЛЕНИЕМ
ОТ 50 ДО 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК (ПРИ ПЕРЕВОДЕ В ДРУГУЮ
МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(наименование медицинской организации, подведомственной министерству
здравоохранения Иркутской области)

в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в
дальнейшем «Медицинская _____ организация 1»,

(наименование медицинской организации, подведомственной министерству
здравоохранения Иркутской области)

в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в
дальнейшем «Медицинская организация 2», и _____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Работник», документ, удостоверяющий
личность: _____, выдан _____, вместе
именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение к
договору от « ____ » _____ 20 ____ года № ____ о предоставлении
единовременной денежной выплаты медицинскому работнику медицинской
организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской
области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в городе с
населением от 50 до 100 тысяч человек (далее – Договор) о следующем:

1. В связи с прекращением Работником трудового договора с Медицинской
организацией 1 в порядке пункта 5 части 1 статьи 77 Трудового кодекса
Российской Федерации в Медицинскую организацию 2 Стороны пришли
к соглашению о замене Медицинской организации 1, указанной в преамбуле
Договора, на Медицинскую организацию 2.

2. Изменить должность Работника, указанную в подпункте 1 пункта 3 Договора, на должность _____.

3. Медицинская организация 1 передает свои обязательства по Договору Медицинской организации 2 с момента подписания Сторонами настоящего Дополнительного соглашения.

4. Медицинская организация 2 обязуется должным образом исполнять все принятые на себя обязательства по Договору.

5. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, является неотъемлемой частью Договора.

6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Медицинская организация 1:

Адрес места нахождения:

ИНН: _____

КПП: _____

р/с _____

_____/_____

(подпись)

(расшифровка)

М.П.

Медицинская организация 2:

Адрес места нахождения:

ИНН: _____

КПП: _____

р/с _____

_____/_____

(подпись)

(расшифровка)

М.П.».

Работник:

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства
(пребывания): _____

Телефон: _____

ИНН: _____

СНИЛС: _____

_____/_____

(подпись)

(расшифровка)