

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Порядку заключения договора на получение единовременной компенсационной выплаты между министерством здравоохранения Хабаровского края и медицинским работником в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта

Форма

Министру здравоохранения  
Хабаровского края

\_\_\_\_\_  
(И.О. Фамилия)

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя,

\_\_\_\_\_  
отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(номер контактного телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор на получение единовременной компенсационной выплаты в размере 1 млн. (один миллион) рублей.

Единовременную компенсационную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

Банк \_\_\_\_\_;

БИК \_\_\_\_\_;

Расчетный счет \_\_\_\_\_.

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_