

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

02 листопада 2023 року № 1893

(у редакції наказу Міністерства

охорони здоров'я України

від 09 липня 2025 року №1093)

Примірна форма

договору про відшкодування витрат медичного працівника за основним місцем роботи на оплату навчання на заходах безперервного професійного розвитку

№ _____

(найменування населеного пункту)

20__р.

(повне найменування закладу охорони здоров'я комунальної форми власності)

в особі _____

(найменування посади, прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) керівника

або уповноваженої особи)

що діє на підставі статуту (далі - заклад), з однієї сторони,

медичний працівник _____,

(найменування посади, прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності))

з іншої сторони (далі – медичний працівник) (далі - сторони), уклали цей договір (далі - Договір) про наступне:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1. Відповідно до умов цього Договору заклад зобов'язується відшкодувати витрати медичному працівнику, який працює за основним місцем роботи, на оплату навчання на заходах безперервного професійного розвитку (далі - заходи БПР), внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я.

2. Медичний працівник зобов'язується надати до закладу оригінали документів про оплату власної участі у заходах БПР, внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, та завірені ним копії підтвердних документів про проходження навчання на цих заходах після проходження навчання.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

3. Заклад має право вимагати від медичного працівника надання оригіналів документів про оплату власної участі у заходах БПР, внесених у електронну систему

безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, та завірені в установленому порядку копії підтвердних документів про проходження навчання на заходах.

4. Заклад зобов'язується:

- 1) у місяць наступний за місяцем одержання документів, зазначених у пункті 2 цього договору, включити інформацію про медичного працівника до звіту щодо кількості медичних працівників, які пройшли навчання на заходах безперервного професійного розвитку та потребують відшкодування витрат на здійснення безперервного професійного розвитку, який подається до МОЗ АР Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міських державних (військових) адміністрацій;
- 2) протягом п'яти робочих днів після отримання бюджетних коштів від МОЗ АР Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міських державних (військових) адміністрацій здійснити відшкодування витрат медичного працівника на здійснення безперервного професійного розвитку в обсязі відповідно до наданих підтвердних документів.

5. Медичний працівник має право:

- 1) вимагати від закладу належного, своєчасного та у повному обсязі відшкодування витрат на оплату навчання на заходах БПР, внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я;
- 2) вимагати проведення звірки за цим договором;
- 3) вживати всіх заходів для реалізації свого права на відшкодування витрат на оплату навчання на заходах БПР, внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я.

6. Медичний працівник зобов'язується:

- 1) брати участь у заходах БПР, внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я;
- 2) надавати до закладу оригінали документів про оплату власної участі у заходах БПР, та завірені копії підтвердних документів про проходження навчання на цих заходах після проходження навчання.

СУМА ДОГОВОРУ

7. Загальна сума Договору складається із суми коштів необхідних для відшкодування витрат медичного працівника на оплату навчання на заходах БПР, внесених у електронну систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я, і становить _____ гривень, враховуючи граничний розмір до 2000 гривень.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

8. У разі невиконання або неналежного виконання зобов'язань за цим Договором, сторони несуть відповідальність передбачену законодавством України.

9. Сторони звільняються від відповідальності за порушення зобов'язань за цим Договором, якщо порушення стали наслідком обставин непереборної сили.

ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10. Сторони зобов'язуються вирішувати будь-який спір шляхом переговорів або в судовому порядку згідно із законодавством України.

СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

11. Цей Договір набирає чинності з моменту його підписання сторонами.

12. Цей Договір діє з _____
(дата або подія, з настанням якої договір починає свою дію)
до _____ року.
(дата або подія, з настанням якої договір закінчує свою дію, але не пізніше визначеної дати)

ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ТА ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

13. Зміни або доповнення до цього Договору вносяться за згодою сторін шляхом укладання додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною цього Договору.

14. Цей Договір припиняється (розривається):

- 1) у разі завершення виконання сторонами своїх зобов'язань;
- 2) за згодою сторін;
- 3) у разі неможливості виконання сторонами своїх зобов'язань у зв'язку з прийняттям нормативно-правових актів, що змінили умови, встановлені договором, і незгоди будь-якої із сторін внести зміни до договору;
- 4) у разі ліквідації закладу, якщо не визначений правонаступник;
- 5) за рішенням суду в разі порушення або невиконання однією із сторін умов цього договору.

ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

15. Цей договір складений українською мовою у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, один з яких зберігається у закладі, а другий зберігається у медичного працівника.

АДРЕСИ ТА БАНКІВСЬКІ РЕКВІЗИТИ СТОРІН

Відомості про заклад:

повне найменування _____

місцезнаходження _____

код згідно з ЄДРПОУ _____

номер телефону _____

адреса електронної пошти _____

прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника закладу або уповноваженої особи _____

Банківські реквізити:

назва банку: _____

МФО банку: _____

Р/р: _____

Заклад_____
(підпис)_____
(ім'я, прізвище керівника або уповноваженої особи)

М. П. (за наявності)

**Начальник Управління медичних
кадрів, освіти і науки**

Відомості про медичного працівника:

прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності): _____

місце проживання (реєстрації) _____

серія, номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий _____

реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) _____

номер телефону _____

адреса електронної пошти _____

Банківські реквізити:

назва банку: _____

МФО банку: _____

Р/р: _____

Медичний працівник_____
(підпис)_____
(ім'я, прізвище)**Сергій УБОГОВ**