



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ОГРН 1026801161188  
ИНН 6831003241, КПП 682901001  
ул.Советская, 106 / М.Горького, 5, г. Тамбов, 392000  
Тел. (4752) 79-25-12, Факс (4752) 79-25-10  
E-mail: post@zdrav.tambov.gov.ru

20.06.2023 № 21.01-2500/2515-  
на \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям государственных  
медицинских организаций,  
подведомственных министерству  
здравоохранения области

Министерство здравоохранения области информирует о начале кампании по заключению договоров о целевом обучении в ординатуре и направляет информацию о порядке заключения договора о целевом обучении в рамках квоты целевого приема, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2023 году для сведения и использования в работе.

Образцы документов в электронном виде также размещены на официальном сайте министерства здравоохранения области (раздел «Гражданам и бизнесу», подраздел «Кадровая политика», «Обучение по целевым направлениям») по адресу: [http://zdrav.tmbreg.ru/hr\\_young.html](http://zdrav.tmbreg.ru/hr_young.html).

Напоминаем о необходимости организации активной разъяснительной работы с выпускниками медицинских ВУЗов по заключению договоров о целевом обучении в ординатуре.

При оформлении договора о целевом обучении в ординатуре (до его подписания) необходимо в обязательном порядке уточнять наличие вакантного места в ординатуре по выбранной специальности в выбранном ВУЗе - ответственное лицо – Польшкова Ольга Александровна, 79-25-06, [kadr3@zdrav.tambov.gov.ru](mailto:kadr3@zdrav.tambov.gov.ru).

Приложение: на 10 л. в 1 экз.

Исполняющий обязанности  
министра здравоохранения области

А.В.Овчинников

М.Л.Денисова, 79-25-39

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОРЯДКЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА О ЦЕЛЕВОМ ОБУЧЕНИИ В 2023 ГОДУ

В 2023 году целевое обучение реализуется в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 №1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования», и предусматривает заключение договора о целевом обучении (далее - Договор).

**Форма Договора** соответствует Типовой форме договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального или высшего образования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 №1681.

**Право на заключение Договора** предоставляется гражданам, имеющим высшее профессиональное образование, и местом постоянного проживания которых является Тамбовская область.

**Сторонами Договора являются:**

- министерство здравоохранения Тамбовской области,
- гражданин,
- медицинская организация, подведомственная министерству здравоохранения области.

Для заключения Договора необходимо обращаться в любую нижеперечисленную медицинскую организацию:

ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница им.В.Д.Бабенко»	
ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»	
ОГБУЗ «Тамбовская офтальмологическая клиническая больница»	
ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»	
ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница»	
ГБУЗ «Тамбовский областной госпиталь для ветеранов войн»	
ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический клинический диспансер»	
ГБУЗ «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер»	
ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая стоматологическая поликлиника»	
ТОГБУЗ «Бюро судебно- медицинской экспертизы»	
ТОГБУЗ «Патолого-анатомическое бюро»	
ТОГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер»	
ТОГБУЗ «Мичуринская психиатрическая больница»	
ТОГБУЗ «Городская клиническая больница им.Архиепископа Луки г.Тамбова»	
ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №3 им.И.С.Долгушина г.Тамбова»	



ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова»
ТОГБУЗ «Городская детская поликлиника им.Валерия Коваля г.Тамбова»
ТОГБУЗ «Городская клиническая поликлиника №5 г.Тамбова»
ТОГАУЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 2 города Тамбова»
ТОГБУЗ «Бондарская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Жердевская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Знаменская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Инжавинская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Кирсановская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Городская клиническая больница г.Котовска»
ТОГБУЗ «Городская больница имени С.С.Брюхоненко города Мичуринска»
ТОГБУЗ «Городская больница № 2 города Мичуринска»
ТОГБУЗ «Моршанская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Мучкапская центральная районная больница им.ак.М.И.Кузина»
ТОГБУЗ «Никифоровская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Первомайская центральная районная больница»
ТОБУЗ «Петровская центральная районная больница2
ТОГБУЗ «Рассказовская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Сампурская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Сосновская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Староюрьевская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Тамбовская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Уваровская центральная районная больница»
ТОГБУЗ «Уметская центральная районная больница»

**Сроки для заключения Договора – с 20.06.2023 по 01.08.2023.**

**Перечень необходимых для заключения Договора документов:**

1. Заявление по установленному образцу о заключении договора о целевом обучении с указанием наименования вуза и специальности.
2. Оригинал документа, удостоверяющего личность (паспорт) и ксерокопия (разворот с фотографией и пропиской).
3. Оригинал и копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС).
4. Оригинал и копия диплома с приложением о полученном высшем профессиональном образовании.
4. Полные банковские реквизиты счета (карты) с указанием наименования банка, отделения банка, ИНН, КПП, р/счета, кор.счета, БИК, счета (счета карты).

**В Договоре должно быть указано:**

- одно высшее учебное заведение (по выбору гражданина);
- одна специальность (по выбору гражданина).

## **Перечень медицинских высших учебных заведений:**

### **Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М.Сеченова**

Адрес: г. Москва, ул. Трубецкая, 8/2  
Телефон: (499) 248-05-53, факс: 248-53-21  
Сайт: <http://www.mma.ru>

### **Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова**

Адрес: г.Москва, ул.Островитянова, 1  
Телефон: (495) 434-14-22, 434-14-74  
Сайт: <http://rsmu.ru>

### **Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко**

Адрес: г. Воронеж, ул. Студенческая, 10  
Телефон: (4732) 59-89-90, 52-54-89, факс: 53-00-05, 59-89-91  
Сайт: <http://www.vsmu.vrn.su>

### **Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова**

Адрес: г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9  
Телефон: (4912) 46-08-01, факс: 46-08-08  
Сайт: <http://www.rzgmu.ru>

### **Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского**

Адрес: г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112  
Телефон: (8452) 27-33-70, факс: (8452) 51-15-34  
Сайт: <http://www.sgmru.ru>

### **ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р.Державина»**

Адрес: г. Тамбов, ул. Советская, 93,  
телефон: 8 (4752) 72-35-55,  
сайт: [http:// http://med.tsutmb.ru/](http://med.tsutmb.ru/)

### **ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России**

Адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1  
Телефон: +7 (495) 680-05-99 доб.900  
Сайт: <http://rmapo.ru>

### **ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»**

Адрес: 197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

Тел.: 8 (812) 338-78-95  
Факс.: 8 (812) 338-66-02  
эл.почта: [info@1spbgmu.ru](mailto:info@1spbgmu.ru)  
<https://www.1spbgmu.ru/universitet/kontakty>

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России**

Адрес: Санкт-Петербург, 191015, ул. Кирочная, д.41  
Call-центр Университета: (812) 303-50-00  
Факс: (812) 303-50-35  
Интернет-сайт: [www.szgmu.ru](http://www.szgmu.ru)  
e-mail: [rectorat@szgmu.ru](mailto:rectorat@szgmu.ru)

**Договоры могут заключаться по следующим специальностям:**

Коды специальностей <sup>1</sup>	Наименования специальностей высшего образования	Квалификация
31.08.01	Акушерство и гинекология	Врач-акушер-гинеколог
31.08.02	Анестезиология - реаниматология	Врач-анестезиолог-реаниматолог
31.08.28	Гастроэнтерология	Врач-гастроэнтеролог
32.08.12	Эпидемиология	Врач-эпидемиолог
31.08.05	Клиническая лабораторная диагностика	Врач клинической лабораторной диагностики
31.08.07	Патологическая анатомия	Врач-патологоанатом
31.08.09	Рентгенология	Врач-рентгенолог
31.08.12	Функциональная диагностика	Врач-функциональный диагност
31.08.16	Детская хирургия	Врач-детский хирург
31.08.18	Неонатология	Врач-неонатолог
31.08.19	Педиатрия	Врач-педиатр
31.08.20	Психиатрия	Врач-психиатр
31.08.21	Психиатрия-наркология	Врач-психиатр-нарколог
31.08.32	Дерматовенерология	Врач-дерматовенеролог
31.08.35	Инфекционные болезни	Врач-инфекционист
31.08.36	Кардиология	Врач-кардиолог
31.08.42	Неврология	Врач-невролог
31.08.58	Оториноларингология	Врач-оториноларинголог
31.08.49	Терапия	Врач-терапевт
31.08.53	Эндокринология	Врач-эндокринолог
31.08.54	Общая врачебная практика (семейная медицина)	Врач общей врачебной практики (семейная

<sup>1</sup> В соответствии с приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».



		медицина)
31.08.55	Колопроктология	Врач-колопроктолог
31.08.56	Нейрохирургия	Врач-нейрохирург
31.08.57	Онкология	Врач-онколог
31.08.59	Офтальмология	Врач-офтальмолог
31.08.62	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение	Врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению
31.08.63	Сердечно-сосудистая хирургия	Врач-сердечно-сосудистый хирург
31.08.66	Травматология и ортопедия	Врач-травматолог-ортопед
31.08.67	Хирургия	Врач-хирург
31.08.68	Урология	Врач-уролог
31.08.69	Челюстно-лицевая хирургия	Врач-челюстно-лицевой хирург
31.08.70	Эндоскопия	Врач-эндоскопист
31.08.73	Стоматология терапевтическая	Врач-стоматолог-терапевт
31.08.76	Стоматология детская	Врач-стоматолог детский

Для заключения Договора гражданину и(или) его законному представителю необходимо обратиться в государственную медицинскую организацию (адреса и контактные телефоны указаны на официальном сайте министерства здравоохранения области <http://zdrav.tmbreg.ru> в разделе «Медицинские организации»). При себе необходимо иметь полный пакет документов, указанных выше.

Формы указанных заявлений размещены на официальном сайте министерства здравоохранения Тамбовской области (раздел «Гражданам и бизнесу», подраздел «Кадровая политика», «Обучение по целевым направлениям») по адресу: [http://zdrav.tmbreg.ru/hr\\_young.html](http://zdrav.tmbreg.ru/hr_young.html).

Проект Договора оформляется в государственной медицинской организации на основе представленных гражданином оригиналов документов, подписывается руководителем медицинской организации и гражданином и направляется в министерство здравоохранения области.

После подписания Договора в министерстве здравоохранения области и его регистрации гражданин (его законный представитель) получает Договор под роспись в отделе кадрового обеспечения и делопроизводства министерства здравоохранения области: г.Тамбов, ул.Советская,106/ М.Горького,5, каб.10, контактный телефон: 79-25-06, 79-25-39, эл.почта: [kadr\\_uso@zdrav.tambov.gov.ru](mailto:kadr_uso@zdrav.tambov.gov.ru).

## ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

И.о.министра  
здравоохранения Тамбовской области  
А.В.Овчинникову

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(паспортные данные)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор о целевом обучении в ординатуре  
в \_\_\_\_\_  
(указать ВУЗ)

по специальности \_\_\_\_\_  
(указать специальность)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, а именно *фамилия, имя, отчество; дата, рождения; пол; адрес; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты документов об образовании; состав семьи; семейное положение; сведения о трудовой деятельности*, а также иных данных, связанных с заключением договора о целевом обучении в целях соблюдения законодательства в сфере защиты персональных данных. Оператор: управление здравоохранения Тамбовской области (ул.Советская, д.106/ул.М.Горького, д. 5).

Мои персональные данные могут использоваться для сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновление, изменение).

Согласие дано на срок действия договора о целевом обучении и вступает в силу со дня его подписания. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Приложение:

1. Договор о целевом обучении с подписями руководителя государственной медицинской организации и заявителя в 3-х экземплярах.

2. Ксерокопия паспорта в 1 экз.

3. Копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС) в 1 экз.

4. Полные банковские реквизиты счета (карты) на имя заявителя с указанием наименования банка, отделения банка, ИНН, КПП, р/счета, кор.счета, БИК, счета (счета карты) в 1 экз.

5. Ксерокопия диплома о медицинском высшем образовании и вкладыша в 1 экз.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

# ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА о целевом обучении

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ о целевом обучении по образовательной программе высшего образования

г. Тамбов

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023

Министерство здравоохранения Тамбовской области, именуемое в дальнейшем заказчиком, в лице исполняющего обязанности министра А.В.Овчинникова, действующего на основании распоряжения Главы Тамбовской области от 13.01.2023 №10, именуемое в дальнейшем заказчиком, с одной стороны,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
именуемый(ая) в дальнейшем гражданином, с другой стороны, и

\_\_\_\_\_  
(наименование государственной медицинской организации, в которую будет трудоустроен гражданин)  
именуемое в дальнейшем работодателем, с третьей стороны, совместно именуемые сторонами, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### I. Предмет договора

1. Гражданин обязуется освоить образовательную программу высшего образования в ординатуре (далее – образовательная программа) в соответствии с характеристиками освоения гражданином образовательной программы, определенными разделом II настоящего договора (далее – характеристики обучения), и осуществить трудовую деятельность в соответствии с полученной квалификацией на условиях настоящего договора.

Гражданин вправе поступать на целевое обучение в пределах установленной квоты приема на целевое обучение в соответствии с характеристиками обучения.

Заказчик в период освоения гражданином образовательной программы обязуется предоставить гражданину меры поддержки и обеспечить трудоустройство гражданина в соответствии с квалификацией, полученной в результате освоения образовательной программы, на условиях настоящего договора.

### II. Характеристики обучения гражданина

Гражданин поступает на целевое обучение в пределах установленной квоты приема на целевое обучение по образовательной программе в соответствии со следующими характеристиками обучения:

наличие государственной аккредитации образовательной программы: обязательно;

код и наименование специальности: \_\_\_\_\_

(указать код и наименование соответствующей профессии (профессий), специальности (специальностей), направления (направлений) подготовки)

форма (одна из форм) обучения: очная ;

наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность: \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_  
(указать ВУЗ)

и осваивает образовательную программу в соответствии с характеристиками обучения.

### III. Место осуществления гражданином трудовой деятельности в соответствии с квалификацией, полученной в результате освоения образовательной программы, срок трудоустройства и осуществления трудовой деятельности

1. Место осуществления гражданином трудовой деятельности в соответствии с квалификацией, полученной в результате освоения образовательной программы, устанавливается в организации, являющейся работодателем по настоящему договору, (далее - организация, в которую будет трудоустроен гражданин):



а) полное наименование организации, в которую будет трудоустроен гражданин в соответствии с настоящим договором:

б) характер деятельности организации, в которую будет трудоустроен гражданин в соответствии с настоящим договором:

в) должность (должности), профессия (профессии), специальность, (специальности), квалификация (квалификации), вид (виды) работы:

2. Характеристика места осуществления трудовой деятельности:

а) адрес осуществления трудовой деятельности:

(адрес медицинской организации – работодателя, с указанием субъекта РФ)

3. Вид (виды) экономической деятельности организации, в которую будет трудоустроен гражданин, по Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности:

4. Условия оплаты труда в период осуществления трудовой деятельности: в соответствии с Положением об оплате труда работников \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации - работодателя)

5. Гражданин и организация, в которую будет трудоустроен гражданин, заключают трудовой договор о трудовой деятельности гражданина на условиях, установленных настоящим разделом, в срок не более 1 месяца после даты завершения срока прохождения аккредитации специалиста (далее - установленный срок трудоустройства).

6. Срок осуществления гражданином трудовой деятельности в организации, в которую будет трудоустроен гражданин, на условиях, установленных настоящим разделом (далее - установленный срок трудовой деятельности), составляет 5 лет. Указанный срок длится с даты заключения трудового договора, а при незаключении трудового договора в установленный срок трудоустройства - с даты истечения установленного срока трудоустройства (с учетом приостановления исполнения обязательств сторон в случаях, установленных законодательством Российской Федерации).

#### **IV. Права и обязанности заказчика**

1. Заказчик обязан:

а) предоставить гражданину следующие меры поддержки в период освоения образовательной программы:

ежемесячная выплата в размере 1 000 (одна тысяча) рублей 00 коп.;

б) обеспечить трудоустройство гражданина на условиях, установленных разделом III настоящего договора;

в) обеспечить условия для трудовой деятельности гражданина на условиях, установленных разделом III настоящего договора, с даты трудоустройства до истечения установленного срока трудовой деятельности (с учетом приостановления исполнения обязательств сторон в случаях, установленных законодательством Российской Федерации);

г) уведомить в письменной форме гражданина об изменении своих наименования, места нахождения, банковских реквизитов или иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 календарных дней после соответствующих изменений.

2. Заказчик вправе:

а) направлять в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой гражданин осваивает образовательную программу, предложения по организации прохождения практики гражданином;

в) направлять в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой гражданин осваивает образовательную программу, запросы о предоставлении сведений о результатах освоения гражданином образовательной программы.

#### **V. Права и обязанности гражданина**

1. Гражданин обязан:

- а) в месячный срок после поступления на обучение по образовательной программе проинформировать в письменной форме заказчика о поступлении на обучение;
- б) освоить образовательную программу в соответствии с характеристиками обучения, установленными разделом II настоящего договора;
- в) заключить трудовой договор на условиях, установленных разделом III настоящего договора;
- г) осуществлять трудовую деятельность на условиях, установленных разделом III настоящего договора;
- д) уведомить в письменной форме заказчика об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), паспортных данных, банковских реквизитов, адреса регистрации по месту жительства, иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего договора, в течение 10 календарных дней после соответствующих изменений.

2. Гражданин вправе:

- а) по согласованию с заказчиком и в соответствии с требованиями действующего законодательства осуществить перевод для обучения по образовательной программе в другую организацию, осуществляющую образовательную деятельность, или внутри организации, осуществляющей образовательную деятельность, в которой гражданин осваивает образовательную программу, с изменением характеристик обучения, указанных в разделе II настоящего договора, с внесением соответствующих изменений в настоящий договор.

## **VI. Права и обязанности работодателя**

1. Работодатель обязан:

- а) осуществить трудоустройство гражданина на условиях, установленных разделом III настоящего договора;
- б) обеспечить условия для трудовой деятельности гражданина на условиях, установленных разделом III настоящего договора, с даты трудоустройства до истечения установленного срока трудовой деятельности (с учетом приостановления исполнения обязательств сторон в случаях, установленных законодательством Российской Федерации).

## **VII. Ответственность сторон**

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в соответствии с частью 6 статьи 71.1 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации».

2. Заказчик в случае неисполнения обязательств по трудоустройству гражданина выплачивает гражданину компенсацию в сумме, установленной законодательством Российской Федерации, в срок не позднее 3-х месяцев с момента отказа в трудоустройстве гражданина в порядке, предусмотренном разделом IV Положения о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 13.10.2020 №1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» (далее - Положение).

3. Гражданин в случае неисполнения обязательств по освоению образовательной программы и (или) по осуществлению трудовой деятельности в течение не менее 5 лет в соответствии с полученной квалификацией возмещает заказчику расходы, связанные с предоставлением мер поддержки гражданину, в срок не позднее 3-х месяцев с момента невыполнения своих обязательств по настоящему договору и в порядке, предусмотренном разделом V Положения.

4. Заказчик в случае неисполнения обязательств по трудоустройству гражданина или гражданин в случае неисполнения им обязательств по осуществлению трудовой деятельности в течение 5 лет выплачивают штраф образовательной организации в размере расходов федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации или местного



бюджета, осуществленных на обучение гражданина не позднее 12 месяцев со дня получения требования о выплате штрафа и в порядке, предусмотренном разделом VI Положения.

5. Стороны освобождаются от исполнения обязательств по настоящему договору и от ответственности за их неисполнение при наличии оснований, установленных законодательством Российской Федерации.

### **VIII. Заключительные положения**

1. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

2. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до истечения установленного срока трудовой деятельности (с учетом приостановления исполнения обязательства гражданина по осуществлению трудовой деятельности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации).

3. В случае не поступления гражданина на целевое обучение в пределах квоты приема на целевое обучение) по образовательной программе до «01» сентября 2023 года настоящий договор расторгается.

4. Внесение изменений в настоящий договор оформляется дополнительными соглашениями к нему.

5. Настоящий договор не может быть расторгнут по соглашению сторон.

### **IX. Адреса и платежные реквизиты сторон**

#### **Заказчик:**

Министерство здравоохранения  
Тамбовской области  
Почтовый адрес:  
392000, г. Тамбов, ул. Советская, 106/  
ул. М.Горького, д. 5  
ИНН 6831003241, КПП 682901001  
ОГРН 1026801161188  
тел. (84752) 79-25-12  
факс (84752) 79-25-10  
И.о.министра  
здравоохранения Тамбовской области

\_\_\_\_\_ А.В.Овчинников

М.П.

#### **Гражданин:**

\_\_\_\_\_ (фамилия имя, отчество)

Год рождения \_\_\_\_\_

Адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Когда, кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

#### **Работодатель:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения  
здравоохранения)

Почтовый адрес:

Руководитель учреждения

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)