



№ 006/ХДЛ-006-02-08-2274

« 14 » 04 2020г.

Ректорам
государственных
медицинских университетов
(по списку)

Министерство здравоохранения Республики Калмыкия сообщает, что всем студентам и лицам, обучающимся по программам ординатуры, заключившим договоры о целевом обучении с Министерством здравоохранения Республики Калмыкия, установлена мера социальной поддержки в виде денежной выплаты, согласно постановлению Правительства Республики Калмыкия от 14.10.2016 № 349 (с изменениями от 09.04.2020 № 89).

Для осуществления денежной выплаты Министерство просит довести до сведения студентов и ординаторов, обучающихся по целевому направлению, о необходимости предоставления следующих документов:

заявление о назначении денежной выплаты (форма прилагается);

сведения о счете в банке, на который перечисляется денежная выплата;

копия документа, удостоверяющего личность (копия паспорта гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта в порядке, утвержденном Правительством Российской Федерации);

копия страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС) (при наличии);

копия идентификационного номера налогоплательщика (ИНН) (при наличии).

Указанные документы можно направить на электронный адрес: minsoc@mail.ru.

Приложение: 2 л.

С уважением,
заместитель Министра

Х.С. Мутьянов

Министру здравоохранения Республики Калмыкия
от _____
(Ф.И.О.)

паспорт _____

выдан: " ____ " _____ г.

(наименование органа, выдавшего паспорт)

(адрес регистрации по месту жительства)

(контактный телефон (мобильный, домашний))

Заявление о назначении денежной выплаты

Прошу назначить мне _____

(Ф.И.О.)

студенту/ординатору _____ курса очной формы обучения _____

(наименование образовательной организации)

денежную выплату по договору о целевом обучении от _____

№ _____ и перечислять в _____

(наименование кредитного учреждения)

на расчетный счет № _____

_____ (число)

_____ (подпись)

Согласие на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество полностью)

при подаче заявления согласно Постановлению Правительства Республики Калмыкия от 14.10.2016 N 349 "О социальной поддержке студентов государственных образовательных организаций высшего образования и лиц, обучающихся по программам ординатуры, заключивших договоры о целевом обучении с Министерством здравоохранения Республики Калмыкия", в министерство здравоохранения Республики Калмыкия, находящееся по адресу: 358000, г. Элиста, ул. Ленина, 311 (далее - министерство), своей волей и в своих интересах выражаю согласие на обработку моих персональных данных министерством.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках соблюдения Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных". Согласие действует со дня его подписания и до моего письменного отзыва данного согласия.

“ ” 20 __ года

(личная подпись)