

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(ТФОМС УР)**

ПРИКАЗ

от « 03 » апреля 2018 г.

№ 190

г. Ижевск

О мерах по исключению конфликта интересов работников ТФОМС УР

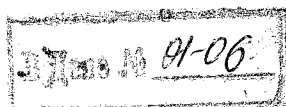
С целью проведения анализа возможного возникновения конфликта интересов работников ТФОМС УР и соблюдения запретов, установленных законодательством РФ и УР по противодействию коррупции,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Работникам ТФОМС УР необходимо подать в Отдел кадров ТФОМС УР заявление (сведения) по установленной форме в течение 10 календарных дней:

-со дня, когда им стало известно о лицах, находящихся с ними в состоянии близкого родства или свойства и одновременно являющимися работниками ТФОМС УР, страховой медицинской организации, медицинской организации, организаций, являющимися поставщиками товаров (работ, услуг) для нужд ТФОМС УР;

-со дня заключения трудового или гражданско-правового договора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и организациями, являющимися поставщиками товаров (работ, услуг) для нужд ТФОМС УР.



3. Утвердить формы бланков:

- Заявление о лицах, находящихся с работником ТФОМС УР в состоянии близкого родства или свойства (Приложение № 1);

- Сведения о выполнении оплачиваемой работы (по трудовому договору, по гражданско-правовому договору) (Приложение № 2).

4. Начальнику Отдела кадров **Бегуновой К.А.** ознакомить работников ТФОМС УР (за исключением работников межрайонных филиалов) с настоящим приказом под роспись.

5. Директорам межрайонных филиалов ТФОМС УР ознакомить работников межрайонных филиалов (включая директора филиала) с настоящим приказом под роспись и направить копии листов ознакомления в Отдел кадров.

6. Считать утратившим силу приказ ТФОМС УР от 14.11.2017 г. № 487 «О мерах по исключению конфликта интересов работников ТФОМС УР».

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор



П.В. Митрошин

Директору
ТФОМС УР

(должность и ФИО заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Сообщаю, что в ТФОМС УР (страховой медицинской организации

медицинской организации _____,
организации, являющейся поставщиком товаров (работ, услуг) для нужд
ТФОМС УР _____)
на должности _____ работает мой
близкий родственник (свойственник) _____.

(Ф.И.О., степень родства)

(подпись)

_____ 20__ г.

Директору
ТФОМС УР

(должность и ФИО заявителя)

СВЕДЕНИЯ
о выполнении оплачиваемой работы
(по трудовому договору, по гражданско-правовому договору)

Сообщаю, что мною выполняется (выполнялась в течение предыдущих 12 месяцев) оплачиваемая работа по трудовому договору (договору подряда, договору возмездного оказания услуг, иному договору), а именно:

(указать род деятельности)

В _____
(указать наименование организации)

(подпись)

_____ 20__ г.