**В бухгалтерию НИУ ВШЭ** от работника\*

(Убедительная просьба, заполнять четко!)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Пол (м/ж) |  |
| Должность |  |
| Подразделение |  |
| дата рождения |  |
| адрес **проживания**  |  |
| моб. телефон |  |
| адрес эл. почты |  |
| ФИО для полиса ВЗР (написание как в з/пасп.) |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу прикрепить меня на договорной период с «01» по «31» декабря 2023 г. на медицинское

обслуживание к сети поликлиник:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сеть № | **22** | Базовая клиника | **Нижний Новгород** |
|  |  *(указать номер сети и название клиники)* |
| * Полная стоимость полиса ДМС/программы
 |  | руб. |
| * Размер софинансирования стоимости стандартного полиса ДМС/программы со стороны университета с учетом непрерывного стажа работы в НИУ ВШЭ
 |  | руб. |
| * Прошу удержать из моей заработной платы разницу в размере
 |  | руб. |
|  |  |
|  **Единовременно** Из заработной платы **февраль**за (выбрать нужное):  |  |  **март** |  |  **апрель** |  |  **2023г.** |
|  |
| **Равными долями из зарплаты за январь, февраль, март 2023г.** |  | **Прикрепление без оплаты** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **подпись работника**  |  | **дата** | **« » г.** |
|  |
| **Размер софинансирования подтвержден Отделом кадров НИУ ВШЭ-Нижний Новгород** |
| Подпись, печать представителя Отдела кадров  |  | м.п |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стаж работы в НИУ ВШЭ (полных лет) | от 3х мес. до 1 года | от 1 года 1 дня до 3 лет | от 3 лет и 1 дня до 5 лет | от 5 лет и 1 днядо 10 лет | от 10 лет и 1 дня до 15 лет | 15 и более лет |
| Размер софинансирования стоимости стандартного полиса ДМС/программы со стороны НИУ ВШЭ | 10 000 | 20 000 | 30 000 | 40 000 | 50 000 | 60 000 |

\* Заявления принимаются от работников, чья трудовая книжка находится в НИУ ВШЭ