Приложение № 5

к приказу Центральной поликлиники ФТС России

от \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г № \_\_\_\_\_

**Договор № \_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг по проведению диагностических и/или лабораторных исследований физическим лицам**

г. Москва «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

**Государственное казенное учреждение «Центральная поликлиника ФТС России»** (адрес местонахождения: 105118, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д.42, д.42 стр. 1. Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 77 № 013564463 от 15.07.2011, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, адрес местонахождения: 125373, г. Москва, Походный проезд, домовладение 3, стр.2; Лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес местонахождения: 109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, телефон: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и

**гражданин**(-ка):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

проживающий(-ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства, телефон)

**именуемый**(-ая) **в дальнейшем «Пациент»**,

***или***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (наименование и должность в случае если Заказчик юридическое лицо) Заказчика, законного представителя Пациента, полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства, адрес местонахождения, в случае если Заказчик юридическое лицо, телефон)

**именуемый**(-ая) **в дальнейшем Заказчик, законный представитель Пациента**, действующий в интересах Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Пациента полностью)

проживающего (-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства Пациента, телефон)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты паспорта, доверенности, иного документа, удостоверяющего полномочия)

с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о следующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание, в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на медицинскую деятельность, платных медицинских услуг Пациенту по тарифам Исполнителя.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Поликлиники в соответствии с лицензией указан в Приложении № 3 к настоящему Договору, являющемуся его неотъемлемой частью.

1.1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги по проведению диагностических и/или лабораторных исследований отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в соответствии с медицинскими стандартами и порядками оказания медицинской помощи, на основании показаний, согласно Перечню медицинских услуг (Прейскуранту), оказываемых Исполнителем (далее – Услуги):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, код медицинской услуги | Цена | Количество | Дата (срок) оказания услуг |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого: | | | | |

(Общая сумма прописью)

а Пациент (Заказчик, законный представитель Пациента) обязуется оплатить медицинские услуги по цене (по тарифам) Исполнителя, в сроки и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. По желанию Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента), Пациенту в рамках настоящего Договора могут быть дополнительно оказаны иные Услуги из Перечня медицинских услуг (Прейскуранта), оказываемых Исполнителем с учетом возможности их предоставления в сроки, предусмотренные в пп. 1.1.1 настоящего Договора, с обязательным заключением дополнительного соглашения к настоящему Договору, при этом сумма, подлежащая оплате по настоящему Договору увеличивается на стоимость таких Услуг.

1.3. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские Услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 42 и д.42, стр. 1, в соответствии с установленными Исполнителем Правилами оказания медицинских услуг.

**2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

2.1. При заключении Договора Пациенту (Заказчику, законному представителю Пациента) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа) по месту прикрепления Пациента.

2.2. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем, устанавливается ФТС России.

2.3. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.5. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту, указываются в медицинской карте.

Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

2.6. Услуги оказываются Исполнителем в день заключения договора, время оказания Услуг согласовывается сторонами дополнительно с учетом режима работы Исполнителя.

При невозможности оказания Услуг в день заключения договора время (срок) оказания Услуги согласовывается сторонами дополнительно с учетом режима работы Исполнителя.

Услуга может быть оказана в срок, который Пациент установил как дату своего прихода на прием (запись по телефону).

2.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента).

2.8. Пациент (Законный представитель Пациента) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Пациента), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

2.9. На предоставление Услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью Договора.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Обязанности Исполнителя:**

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги путем их надлежащего исполнения в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, предоставлять достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи (Услугах);

3.1.2. Использовать только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

3.1.3. В случаях отсутствия утвержденных в установленном порядке стандартов, медицинские услуги оказываются с соблюдением достаточной степени заботливости и осмотрительности;

3.1.4. Информировать Пациента (законного представителя Пациента) в доступной для него форме о методах диагностики, о возможных осложнениях, включая технологические возможности манипуляций, процедур, вмешательств, а так же о возможности получения данной услуги бесплатно в случае, если она предусмотрена территориальной программой обязательного медицинского страхования по месту прикрепления застрахованного к медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

3.1.5. Осуществлять все виды медицинских услуг с согласия Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента).

Предупредить Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре.

В случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы;

Без согласия Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.6. Обеспечить Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) наглядной информацией о режиме работы Поликлиники, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по прейскуранту цен, а также предоставить, по требованию Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента), сведения о квалификации и сертификации специалистов, иными сведениями предусмотренными законодательством Российской Федерации;

3.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, выдавать на руки Пациенту (законному представителю Пациента) результаты проведённого лабораторного/диагностического исследования.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

3.1.9. Вести необходимую бухгалтерскую документацию по оказанной медицинской услуге, выставлять счет за оказанные услуги.

Выдать Пациенту (Заказчику, Законному представителю Пациента) в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

**3.2.** **Права Исполнителя:**

3.2.1. Отказать в проведении любых диагностических мероприятий при выявлении у Пациента противопоказаний по их проведению.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациенту.

**3.3**. **Обязанности Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента)**:

3.3.1. Пациент (Заказчик, законный представитель Пациента) обязуется самостоятельно, на основании действующего Прейскуранта цен на платные медицинские услуги, определить перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего Договора;

3.3.2. Пациент (Заказчик, законный представитель Пациента) обязуется своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора;

3.3.3. Пациент (законный представитель Пациента) обязуется путем проставления личной подписи на соответствующих документах, до оказания медицинской помощи (Услуг), дать информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, а так же на медицинское вмешательство, информировать медицинских работников о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.3.4. Пациент обязуется соблюдать режим лечебного учреждения, существующий в Поликлинике;

3.3.5. Пациент обязуется заботиться о сохранении своего здоровья;

3.3.6. Пациент обязуется при выполнении процедуры сообщать персоналу Исполнителя о любых изменениях самочувствия.

3.4. **Права Пациента:**

3.4.1. На отказ в письменной форме от медицинского вмешательства

3.4.2. На возмещение вреда, причиненного его здоровью при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

3.4.3. Ознакомиться с информацией, касающейся состояния его здоровья, касающейся его лечения.

3.4.4. Отказаться от получения услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и указывается в пп. 1.1.1.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом (Заказчиком, Законным представителем) в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4.3. При увеличении количества оказанных услуг согласно п. 1.2. настоящего Договора, оплата производится за фактически оказанные Услуги.

4.4. Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Пациентом, либо другим заинтересованным физическим или юридическим лицом (Заказчиком, Законным представителем).

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: стихийных бедствий (землетрясение, наводнение, ураган), пожар, массовых заболеваний (эпидемии), забастовок, военных действий, террористических актов, диверсий, ограничений перевозок, запретительных мер государств, запрета торговых операций, в том числе с отдельными странами, вследствие принятия международных санкций, а так же их последствий, и других, не зависящих от воли сторон Договора обстоятельств.

**6. Срок действия договора** **порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами взаимных обязательств.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

6.3. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде соглашения и подписанному исполнителем и Пациентом.

6.4. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон, либо в одностороннем порядке с уведомлением другой стороны за 14 календарных дней до даты расторжения.

6.5. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика, законного представителя Пациента) о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент (Заказчик, законный представитель Пациента) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.6. В случае частичного отказа от оказания услуг, денежные средства подлежат возврату Пациенту (Заказчику, законному представителю Пациента) пропорционально объему оказанных услуг.

**7. Порядок разрешения споров**

7.1 Претензии и споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор разрешается в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в течение 30 (тридцать) календарных дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа сторона, направившая претензию, может обратиться в Перовский районный суд за защитой своих прав.

**8. Прочие условия**

8.1. Настоящий Договор составляется:

в двух экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу (в случае его заключения Исполнителем и Пациентом (Законным представителем Пациента)) по одному для каждой из сторон,

в трех экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу (в случае его заключения Исполнителем и Заказчиком) по одному экземпляру для Исполнителя, Заказчика и Пациента.

8.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

Все Приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

Приложение 1. Уведомление о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Приложение 2. Уведомление о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Приложение 3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4. Дополнительное соглашение *(заключается в случае изменения п.п. 1.1.1. Договора)*

**9. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **государственное казенное учреждение «Центральная поликлиника ФТС России»**  Юридический адрес: 105118,  г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 42.  Почтовый адрес: 105118, г. Москва,  шоссе Энтузиастов, д. 42.  тел./факс (495)276-40-90  ИНН 7730140003  КПП 772001001  ОКПО 56670630  ОКТМО 45312000  ОГРН 1037730006126  УФК по г. Москве (Центральная поликлиника ФТС России)  БИК 044525000  ГУ Банка России по ЦФО  счет 40101810045250010041  л/с 04731459320  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_// ФИО  (подпись)  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. | **Пациент** (Законный представитель Пациента):  **ФИО (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_// ФИО  (подпись)  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.  **Заказчик:**  **Наименование** (в случае заключения юридическим лицом**)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ФИО** (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **должность** (в случае заключения юридическим лицом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Документ, удостоверяющий личность /полномочия** (в случае заключения юридическим лицом)\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_// ФИО  (подпись)  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. |