**Договор на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

г.Кингисепп «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года

Ленинградское областное государственное автономное учреждение «Кингисеппский центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» , именуемое далее – «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности директора Ковалевской Светланы Владимировны, действующей на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности N ФС-47-01-000637 от 30 августа 2012 года, с одной стороны, и

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

именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными [**законодательством**](http://internet.garant.ru/document?id=12091967&sub=3) об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.

1.2. [**Перечень**](http://internet.garant.ru/document?id=55624831&sub=0) платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в [**Счете-заказе**](http://internet.garant.ru/document?id=55624839&sub=0), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [**Федеральным законом**](http://internet.garant.ru/document?id=12091967&sub=192) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4.Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с [**Перечнем**](http://internet.garant.ru/document?id=55624831&sub=0) оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном [**разделом 3**](file:///%5C%5CDomaincso%5C%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B0%D1%8F%5C%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%98%D0%92%5C%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3.doc#sub_300) настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением [**порядков**](http://internet.garant.ru/document?id=5655550&sub=0) оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебных процедур.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в [**п. 2.1.1**](file:///%5C%5CDomaincso%5C%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B0%D1%8F%5C%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%98%D0%92%5C%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3.doc#sub_211) настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО» (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор специалиста, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.4.Предъявлять к Исполнителю претензии к медицинским услугам в сроки установленные законом РФ от 07.02.1992года №2300-1 «О защите прав потребителей ».

2.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании [**счета-заказа**](http://internet.garant.ru/document?id=55624839&sub=0) по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно

[**п. 2.1.9.**](file:///%5C%5CDomaincso%5C%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B0%D1%8F%5C%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%98%D0%92%5C%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3.doc#sub_216) договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.6 Оплата услуг по договору осуществляется на основании акта оказанных медицинских услуг.Акт подписывается ответственным представителем Исполнителя: Специалист по социальной работе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную [**законодательством**](http://internet.garant.ru/document?id=10064072&sub=1025) Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с [**п. 2.3.2**](file:///%5C%5CDomaincso%5C%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B0%D1%8F%5C%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%98%D0%92%5C%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3.doc#sub_232) настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных [**п. 2.3.4**](file:///%5C%5CDomaincso%5C%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B0%D1%8F%5C%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%98%D0%92%5C%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3.doc#sub_234) и 3.5. настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**6. Заключительные положения**

6.1.  Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Перечень медицинских услуг**

7.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности N ФС-47-01-000637 от 30 августа 2012 года, выданной Управлением Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области, расположенного по адресу: 190068, г. Санкт- Петербург, наб. канала Грибоедова, 88-90, т. 8-812-314-67-89,

 Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги согласно: Прейскуранта платных медицинских услуг оказываемых населению от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, физиотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: терапии.

**8. Реквизиты и подписи сторон**

**Учреждение: Клиент:**

**ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО»** Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

188480,Ленинградская область,

Кингисеппский муниципальный район Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г..Кингисепп ,ул.Воровского, д.30

ИНН 4707018673 Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 470701001

л /с30456I44200 Место регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 40601810900001000022

Банк: УФК по Ленинградской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение Ленинградское

БИК 044106001 Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКТМО 41621101

 Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Исполняющий обязанности директора** Клиент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО»**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ковалевская С.В.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 Приложение 1 к [договору](http://internet.garant.ru/#/multilink/55724831/paragraph/11/number/0)
 на оказание платных медицинских услу

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оказываемых пациенту платных медицинских услуг**

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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

Исполнитель Потребитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.В.Ковалевская \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2 к [договору](http://internet.garant.ru/#/multilink/55724839/paragraph/22/number/0)
на оказание платных медицинских услуг
№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Счет-заказ на оказание медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименование медицинских услуг | Стоимость за единицу | Кол-во | Сумма |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Исполнитель Потребитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.В.Ковалевская \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение 3 к договору

на оказание платных медицинских услуг

 №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполняющему обязанности директора

ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО» Ковалевской С.В.

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. потребителя)

 адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (серия , номер , кем и когда выдан)

**Информированное добровольное согласие потребителя (законного представителя) на получение платных медицинских услуг**.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ЛОГАУ«Кингисеппский ЦСО».

 Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ЛОГАУ «Кингисеппский ЦСО».

 Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с ЛОГАУ « Кингисеппский ЦСО».

И нформацию до потребителя довел:

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

 (подпись , инициалы , фамилия специалиста

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

(число,месяц,год)

Потребитель:

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

 (подпись , инициалы , фамилия)

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

 (число,месяц,год)