**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г.Курск «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

 Автономное учреждение здравоохранения Курской области «Курский областной санаторий «Соловьиные зори» (АУЗ «Курский областной санаторий «Соловьиные зори») (официальный сайт <http://solzor.ru>), имеющее бессрочную лицензию № Л041-01147-46/00328872 от 09.11.2020 г., выданную Министерством здравоохранения Курской области (адрес: 305000, г. Курск, Красная площадь,6 тел.(4712) 51-47-20) на осуществление медицинской деятельности. Адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности: 305018, Курская область, Курск, пер. 3-й Краснополянский, д.1 (Санаторно-курортные организации) При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); кардиологии; неврологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерскому делу; диетологии; кардиологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; профпатологии; пульмонологии; ревматологии; сестринскому делу; спортивной медицине; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. 305018, Курская область, Курск, ул. Черняховского, д. 22-а-24-а (Санаторно-курортные организации) При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии, спортивной медицине, физиотерапии и функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; неврологии; психотерапии; рефлексотерапии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; сестринскому делу в педиатрии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; терапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: гастроэнтерологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; неврологии; педиатрии; психотерапии; рефлексотерапии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии, именуемый в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ» в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, ФИО), действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК» (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ), с другой стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ», с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ИНФОРМАЦИЯ, ДОВЕДЕННАЯ ДО ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) ДО МОМЕНТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА**

ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) подтверждает, что до заключения договора ИСПОЛНИТЕЛЬ в доступной форме и исчерпывающим образом:

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

-ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги;

-предоставил сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

-ознакомил с графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

-ознакомил с порядком оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг, а также с информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

-ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736;

- довел до сведения информацию об образцах договоров, применяемых при оказании платных медицинских услуг;

-уведомил 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 ПОТРЕБИТЕЛЯ;

-уведомил 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. ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) в полной мере понимает, что может получить аналогичные медицинские услуги бесплатно, по программе государственных гарантий в выбранной Потребителем медицинской организации. Потребитель подтверждает, что его не принуждают отказаться от бесплатной медицинской помощи и не какие факторы не влияют на его решение. Потребитель добровольно желает получить указанные в п. 2.3. настоящего Договора медицинские услуги на платной основе.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства по оказанию ПОТРЕБИТЕЛЮ платных медицинских услуг, а ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) обязуется оплатить услуги, оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии со стандартом предложенного лечения.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых ПОТРЕБИТЕЛЮ в соответствии с настоящим Договором, указан в п. 2.3. настоящего Договора.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оказания услуги, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_НДС не облагается.

2.2. Дополнительные платные медицинские услуги выполняются с согласия ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) с оплатой в соответствии с действующим Прейскурантом. Для оказания дополнительных медицинских услуг необходима консультация специалиста ИСПОЛНИТЕЛЯ (за исключением проведения диагностических исследований) с заключением нового договора.

2.3. Объем и стоимость оказываемых медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг | Код услуги | Кол-во | Цена за ед. | Общая сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Всего к оплате (без НДС): |  |

2.4. ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) производит оплату за назначенные медицинские услуги в полном объеме путем внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ либо безналичным платежом (в т.ч. банковской картой) в день заключения настоящего Договора.

2.5. ЗАКАЗЧИКУ (ПОТРЕБИТЕЛЮ) в соответствии с законодательством РФ выдается документ (кассовый чек), подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

**3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Результатом оказания медицинской услуги является протокол диагностического исследования, протокол осмотра врача- специалиста, включающие сведения о жалобах, анамнезе заболевания, данные объективного обследования, диагнозе и рекомендациях по дальнейшей тактики ведения ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ), включая лекарственную терапию и назначение необходимых дополнительных исследований, рекомендации по медицинской реабилитации. Протокол осмотра врача выдается в день оказания услуги после ее проведения, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования выдаются по факту исполнения.

3.2. Под первичным приемом в рамках настоящего договора понимается первичное обращение к конкретному врачу- специалисту и последующее обращение к этому врачу-специалисту более чем через 90 календарных дней с момента первичного обращения, независимо от причины обращения.

3.3. Под повторным приемом в рамках настоящего договора понимается повторное обращение к одному врачу-специалисту в течении 90 календарных дней с момента первичного обращения.

3.4. На предоставление платных медицинских услуг по требованию ПОТРЕБИТЕЛЯ и (или) ЗАКАЗЧИКА или ИСПОЛНИТЕЛЯ составляется калькуляция, которая становится неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.5. Медицинская помощь оказывается ИСПОЛНИТЕЛЕМ:

-в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

-в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

-с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.6. Дополнительно, по письменному заявлению ПОТРЕБИТЕЛЯ, без взимания дополнительной платы, ПОТРЕБИТЕЛЮ может быть предоставлена информация, включая сведения о методах лечения, об используемых при предоставлении платных услуг лекарственных средств и (или) медицинских изделиях.

3.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет по требованию ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) выписку из единого государственного реестра юридических лиц на безвозмездной основе.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

- оказать ЗАКАЗЧИКУ (ПОТРЕБИТЕЛЮ) квалифицированную, качественную медицинскую услугу;

- предоставить ЗАКАЗЧИКУ (ПОТРЕБИТЕЛЮ) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

-оказать медицинские услуги в течение 2 (двух) месяцев с даты подписания настоящего договора по предварительной записи.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной данным договором.

4.3. ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) обязан:

- в день записи прибыть в медицинское учреждение для получения платной медицинской услуги не позднее, чем за 10 (десять) минут до назначенного времени для ее оказания. Максимальное время ожидания оказания услуги по предварительной записи не более 20 минут.

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- своевременно оплатить стоимость услуг;

-точно выполнять назначение врача;

-находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

- в случае одностороннего отказа ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) от исполнения Договора оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;

- на отказ от получения медицинской услуги до момента начала оказания услуги и возврат оплаченной суммы с возмещением ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенных затрат, связанных с подготовкой к оказанию услуги. Возврат осуществляется тем же способом, каким была произведена оплата;

- на получение медицинских документов, связанных с оказанной медицинской услугой.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления ПОТРЕБИТЕЛЕМ неполной и (или) недостоверной информации о состоянии своего здоровья, а также при невыполнении ПОТРЕБИТЕЛЕМ назначений медицинского работника ИСПОЛНИТЕЛЯ, нарушением ограничений при проведении медицинских манипуляций, процедур, назначенных медицинским работником ИСПОЛНИТЕЛЯ, самолечением ПОТРЕБИТЕЛЯ.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если это произошло вследствие непреодолимой силы.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
6.2. Споры и разногласия Стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения соглашения, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Настоящий договор может быть изменен и дополнен. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.4. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон (Стороны направляют друг другу письменное соглашение на расторжение договора); решению суда; вследствие одностороннего отказа ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) от исполнения договора, при этом ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, оформляется новый Договор с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

6.6. Настоящий Договор составлен в 3-х (2-х) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ просит обращения (жалобы), претензии направлять непосредственно ИСПОЛНИТЕЛЮ. В целях наиболее оперативной связи в обращении просим указывать номер контактного телефона.

ИСПОЛНИТЕЛЬ**: АУЗ «Курский областной санаторий «Соловьиные зори»:** электронная почта: sz-krt@mail.ru**;** адрес: 305018, г.Курск, 3-й Краснополянский пер., д.1; телефон: +7(4712) 37-40-94; время приема обращений (жалоб): понедельник-пятница 9.00 – 16.00, перерыв 13.00-14.00.

Также, ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет информацию об органах государственной власти для подачи жалоб и обращений.

**Министерство здравоохранения Курской области (Учредитель АУЗ «Курский областной санаторий «Соловьиные зори»):** электронная почта: komzdrav@rkursk.ru; адрес: 305000, г. Курск, Красная площадь,6; путем заполнения формы на сайте: <https://kurskzdrav.ru/>; телефон: +7 (4712) 51-47-20

**Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Курской области:**

электронная почта: info@reg46.roszdravnadzor.gov.ru; адрес: 305029, г. Курск, ул. К. Маркса, 66-Б; путем заполнения формы на сайте: https://46reg. roszdravnadzor.gov.ru/; телефон: +7(4712) 58-12-52

**Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области:** электронная почта: kursk@46.rospotrebnadzor.ru; адрес: 305004, г.Курск, ул. Ленина, д. 70; телефон: +7(4712)58-71-88; +7(4712) 58-71-91

**7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **"ИСПОЛНИТЕЛЬ"**АУЗ "Курский областной санаторий "Соловьиные зори"305018, г.Курск, 3-ий Краснополянский пер.,д.1р/с 40603810616040000007в Центрально-Черноземный Филиал АО "Экспобанк" г.Курскк/с 30101810345250000330 БИК 043807330ИНН 4632130636; КПП 463201001ОГРН 1114632002539Тел. (4712) 37-06-39 | "**ЗАКАЗЧИК" (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)**ФИОадрес места жительстваиные адресателефон паспортные данные |  |  |  |
| Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /ФИО/ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**«ПОТРЕБИТЕЛЬ»**

ФИО

адрес места жительства

иные адреса

телефон

паспортные данные

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку АУЗ «Курский областной санаторий «Соловьиные зори» 305018, г. Курск, 3-й Краснополянский пер., 1 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ),обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных ,включения в списки (реестры)и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку АУЗ «Курский областной санаторий «Соловьиные зори» 305018, г. Курск, 3-й Краснополянский пер., 1 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ),обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных ,включения в списки (реестры)и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)