# Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Раменское « \_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВАШ НЕВРОЛОГ" (ООО "ВАШ НЕВРОЛОГ")**,** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, **ОГРН** 1175027023269 от 18.09.2017г., ИНН 5040151220, зарегистрированное Межрайонной ИФНС России № 23 по Московской области (144000, Московская область, г. Электросталь, ул. Советская д. 26 А), расположенное по месту осуществления лицензируемого вида деятельности:: 140109, Россия, Московская область, г. Раменское, ул. Красноармейская, д. 25Б, помещение 6 в лице Главного врача Романенко Елены Константиновны, действующего на основании Устава (Лицензия № Л041-01162-50/00356014 от 28.08.2020 г. (бессрочно) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») выдана Министерством здравоохранения Московской области: 143407, МО, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, тел. +7(498) 602-03-01), с одной стороны, и гражданин(ка)

*ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) далее **«Потребитель» / «Заказчик»**,

а в случае, если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин - «Законный представитель», действующий (-ая) от имени и в интересах *ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* именуемый в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, и вместе именуемые «Стороны», а по отдельности – «Сторона», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг, далее именуемый «Договор», о нижеследующем:

# Предмет Договора

* 1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) за плату медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной Лицензией и номенклатурой медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется принять и оплатить оказанные медицинские услуги по прейскуранту цен на медицинские услуги Исполнителя (далее – «Прейскурант»). Прейскурант размещен на информационных стендах (стойках) Исполнителя (по месту нахождения Исполнителя), а также на официальном интернет-сайте Исполнителя.
	2. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность организации, содержится в Лицензии:

при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психотерапии; рефлексотерапии; спортивной медицине; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: мануальной терапии; неврологии; психотерапии; рефлексотерапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим; При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

* 1. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) в соответствии с Договором, определяется Приложением к настоящему Договору.
	2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика).
	3. При предоставлении медицинских услуг действуют порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, с которыми можно ознакомиться на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (https://cr.minzdrav.gov.ru).
	4. Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи доводятся до сведения Потребителя (Заказчика) в рамках Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствие со ст. 20 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан».
	5. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).
	6. Потребитель (Заказчик) имеет возможность получить бесплатную медицинскую помощь - 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 в соответствии с Постановлением № 736 от 11 мая 2023 года.
1. **Права и обязанности Сторон**
	1. **Исполнитель обязан:**
		1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а также условиям Договора.
		2. Соблюдать врачебную тайну и обеспечить конфиденциальность персональных данных Потребителя (Заказчика), используемых при оказании платных медицинских услуг.
		3. Обеспечить Потребителя (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах:
* о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
* о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
* о медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы;
* о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинских услуг, о необходимых основных или дополнительных лечебно- профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для оказания качественных медицинских услуг, иной информацией и сведениями в соответствии с требованиями российского законодательства.
	+ 1. Предоставлять по требованию Потребителя (Заказчика) необходимую медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, а также иную информацию в срок в течение 30 дней с момента письменного запроса.
		2. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
		3. Предупредить Потребителя (Заказчика) в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя (Заказчика).
		4. Предоставить к ознакомлению Потребителя (Заказчика) на сайте и стенде медицинской организации стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, а также сведения о медработниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

# Потребитель (Заказчик) обязан:

* + 1. Оплачивать услуги Исполнителя по Договору в порядке, сроки и на условиях, установленных Договором.
		2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, иные документы и приложения к настоящему договору.
		3. Информировать Исполнителя (медработника, предоставляющего платные медуслуги) о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях; предоставить информацию, влияющую на лечение, в том числе о факте получения медицинской помощи в иных медицинских организациях/учреждениях по аналогичным вопросам, сообщить о любых изменениях самочувствия.
		4. Выполнять все требования, рекомендации Исполнителя (медработника, предоставляющего платные медуслуги), соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, план лечения, в том числе в период после оказания медицинских услуг, информировать Исполнителя (медработника, предоставляющего платные медуслуги) о невыполнении назначений и причинах этого.
		5. Соблюдать режим работы Исполнителя, Правила поведения пациентов и посетителей в медицинской организации, размещенные на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном интернет-сайте Исполнителя.
		6. По запросу Исполнителя (медработника, предоставляющего платные медуслуги) предоставить документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
		7. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим работникам и пациентам, выполнять все рекомендованные назначения, а в случае неявки на прием в установленное время, заблаговременно извещать об этом Исполнителя.

# Исполнитель имеет право:

* + 1. Получать от Потребителя (Заказчика) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.
		2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.
		3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) от медицинских услуг, которые могли бы по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него отказ от медицинского вмешательства.
		4. Обрабатывать и передавать персональные данные Потребителя (Заказчика) в рамках настоящего Договора информацию о состоянии здоровья Потребителя (Заказчика) в соответствии с действующим законодательством РФ.

# Потребитель (Заказчик) имеет право:

* + 1. Отказаться от медицинского вмешательства, с обязательным оформлением отказа от медицинского вмешательства.
		2. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах, предусмотренную действующим законодательством РФ.
		3. Получать без взимания отдельной платы после исполнения договора копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течении 30 дней с момента направления письменного запроса.

# Стоимость платных медицинских услуг и порядок их оплаты

* 1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) по Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения Договора, а также Приложениями к настоящему Договору с момента их подписания Сторонами. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.
	2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения (приложения).
	3. Потребитель (Заказчик) производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту в российских рублях в день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

# Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

* 1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя (Заказчика) получить медицинские услуги за плату, при наличии медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.
	2. Режим работы Исполнителя: Понедельник - Воскресенье с 08-00 до 20-00 часов.
	3. Перечень платных медицинских услуг определяется Потребителем (Заказчиком) самостоятельно в соответствии с Прейскурантом и указывается в приложениях к настоящему Договору с учетом намеченного плана лечения и рекомендации медработников Исполнителя по показаниям.
	4. Сроки оказания/ожидания платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы медработников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

# Конфиденциальность

5.1. Информация о факте обращения Потребителя (Заказчика) за медицинской услугой, о состоянии здоровья Потребителя и иные сведения, полученные Исполнителем при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем третьим лицам без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

# Ответственность Сторон

* 1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
	2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникшей после заключения договора, в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами.

**7. Порядок разрешения споров.**

 7.1. В случае наличия претензий относительно качества оказанных Услуг, обращаться к Исполнителю для урегулирования данных претензий. Адрес электронной почты указан в Договоре.

 7.2. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в 10- ти дневный срок с момента получения требования. В случае недостижения согласия между Сторонами все споры и разногласия решаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**8. Порядок изменения и расторжения Договора.**

 8.1. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

 8.2. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

 8.3. Исполнитель вправе отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае, когда предоставляемая медицинская услуга не является предметом лицензируемой деятельности Исполнителя, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью и иных объективных обстоятельствах, при которых услуга не сможет отвечать требованиям качества и безопасности, предусмотренным законом и подзаконными актами РФ, а также при отсутствии возможности предоставления услуг.

**9. Заключительные положения**

 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств.

 9.2. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть Договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год, при этом количество таких пролонгаций не ограничено.

 9.3. Положения, не указанные в настоящем Договоре, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

 9.4. Настоящий договор содержит Приложение - Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, являющееся

 неотъемлемой частью Договора.

|  |
| --- |
|  **ДО ПОДПИСАНИЯ ДОГОВОРА** я подтверждаю, что (1) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья; (2) ознакомился с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами; (3) ознакомился с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами поведения пациентов и посетителей, размещенных на информационных стендах и сайте Исполнителя. ***✓***  *(подпись)*  |

**10. Реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ВАШ НЕВРОЛОГ" (ООО "ВАШ НЕВРОЛОГ")**ИНН/КПП:** 5040151220/ 504001001**ОГРН:** 1175027023269 от 18.09.2017г.Адрес: 140109, Россия, Московская область, г. Раменское, ул. Красноармейская, д. 25Б, помещение 6.Телефон: +7 (906) 026-61-46Банковские реквизиты: Р/с 40702810201950000515, 40702810401950000768 в банке Филиал «Центральный» БАНК ВТБ (ПАО), БИК 044525411,к/с 30101810145250000411Электронная почта: ramnevro@mail.ruСайт: <https://ramnevro.ru>  **Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** Романенко Е.К.  | **Потребитель:**Фамилия, имя, отчество:  Документ, удостоверяющий личность: Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства:    Телефон: ***✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *Подпись ФИО*В случае, если Потребителем является несовершеннолетний илинедееспособный гражданин от имени и в интересах Потребителя действует Законный представитель / Заказчик -Фамилия, имя, отчество:  Документ, удостоверяющий личность: Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные документа, удостоверяющего законное представительство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *Подпись ФИО* |