*Приложение № 4*

к Приказу от 15.08.2023г. №22-пф

Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» **уведомляет** Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального [закона](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=446199&date=02.06.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ДОГОВОР**  **ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Россия, г. Санкт-Петербург \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197706, Санкт-Петербург, вн. тер. г. Сестрорецк, г. Сестрорецк, ул. Всеволода Боброва, д. 39, литера А, помещ. 1-Н, ком. 11, ОГРН 1107847365911, ИНН\КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 20.01.2024г. № 02\2024, с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, если имеется - также отчество законного представителя (родителя, усыновителя или опекуна) малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)*

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»,** действующий от имени и в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, если имеется - также отчество малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)*

(в дальнейшем именуемого «**Потребитель**») в качестве законного представителя (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(указать, в качестве кого - родителя (отец, мать), усыновителя или опекуна)*

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

*(указать реквизиты документа(-ов), на основании которого(-ых) действует законный представитель)*

с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые «**Стороны**», а по отдельности в дальнейшем также именуемые «**Сторона**», заключили настоящий договор (именуемый в дальнейшем «**Договор**») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

***2.1. Исполнитель обязуется:***

2.1.1. надлежащим образом оказать Заказчику Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Заказчику полную и достоверную информацию: о сущности рекомендуемых в случае Заказчика методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Заказчика в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Заказчику по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WatsAрp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов 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.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Заказчика копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

***2.2. Заказчик обязуется:***

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Заказчика: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, ***Исполнитель вправе оказывать*** Услуги досрочно и (или) без согласия Заказчика привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. ***Стороны имеют иные права*** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

**3**. **ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1.Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида.В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Заказчику Акт выполненных работ Услуг , который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с [главой III](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&date=02.06.2023&dst=100185&field=134) Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Заказчика.

4.2. Заказчику в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Заказчика, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги~~,~~ подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Предварительным условием получения услуги является дача Потребителем на приеме у специалиста Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

8.2. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Подписывая Договор, Заказчик тем самым подтверждает, что:

8.4.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Потребителю в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Потребителем, в том числе:

8.4.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.4.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.4.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Потребителю понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.5. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.6. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

*8.6.1. при направлении сообщения Исполнителем:*

8.6.1.1. путем направления или вручения Потребителю или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.6.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Потребитель считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.6.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Потребителя;

*8.6.2. при направлении сообщения Заказчиком:*

8.6.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.6.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.7. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.8. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  ИСПОЛНИТЕЛЬ:  Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»:  ОГРН 1107847365911,  ИНН\КПП 7814482451 \ 781401001  Адрес ООО «Силуэт»: 197706, Санкт-Петербург, вн. тер. г. Сестрорецк, г. Сестрорецк, ул. Всеволода Боброва, д. 39, литера А, помещ. 1-Н, ком. 11 Р/сч 40702810502890036738в ПАО АКБ «АВАНГАРД»К/сч. 30101810000000000201БИК 044525201 Тел.\факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: [siluet140@gmail.com](https://e.mail.ru/compose/?mailto=mailto%3Asiluet140@gmail.com" \t "_blank)  Обособленное подразделение  «Медицинский центр «Авис» , КПП 470345001  Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  Тел. +7 996-779-31-38 ,  e-mail:: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru);, сайт: [http://aviscenter.ru](http://aviscenter.ru/)  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /О.Н.Игнатова /  \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. | **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Реквизиты документа, удостоверяющего личность:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЗАКАЗЧИК:**  Фамилия, имя, если имеется - также отчество:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Реквизиты документа, удостоверяющего личность:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронного почтового ящика (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. |