# Договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_

г. Омск "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница» (**сокращенно БУЗОО «ОДКБ»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице главного врача Горбунова Олега Юрьевича, действующее на основании Устава, с одной стороны и **«Потребитель»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

или в дальнейшем **«Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(Ф.И.О. полностью)

«Заказчик» (законный представитель **«Потребителя»),** действующий в интересах «Потребителя», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

# 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю/Заказчику платные медицинские услуги, именуемое в дальнейшем Услуга, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим договором.

1.2. Предоставляются следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код  подразделения | Виды предоставляемых платных медицинских услуг | Цена, руб. | Количество, (к/дн.) услуг | Сумма, руб. |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | | | | |  |
| Подпись кассира: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | | | |

1.3. Исполнитель в соответствии с [**пунктом 1.1**](#sub_11)настоящего Договора лично оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу:

г. Омск, ул. Куйбышева, д. 77.

Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензий:

- № ЛО-55-01-001605 от 03.02.2015 года на осуществление медицинской деятельности, на бессрочный срок, выданной Министерством здравоохранения Омской области (Адрес: г. Омск, ул. Красный путь, д.6 тел. (3812)23-35-25);

- № ФС-55-01-001418-15 от 28.12.2015 года на осуществление медицинской деятельности, на бессрочный срок, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Адрес: г. Омск, ул. Сенная, 22 тел. (3812) 20-11-04).

Исполнитель внесен в ЕГРЮЛ, ОГРН 1025500991670, свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту нахождения на территории РФ серия 55

№ 003261711, регистрирующий орган ИФНС России №2 по Центральному АО г. Омска.

1.4. Услуга оказывается в день заключения настоящего договора в соответствии с режимом работы Исполнителя.

1.5. Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Потребитель/Заказчик не заявил претензий и подписал акт приемки оказанных услуг, **(Приложение №2),** являющийся неотъемлемой частью настоящего договора.

Акт приемки оказанных услуг со стороны Исполнителя подписывается лицом, непосредственно выполнившим услугу и Потребителем /Заказчиком с другой стороны.

# 2. Порядок оплаты услуг

2.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

2.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем/Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств, в кассу БУЗОО "ОДКБ" или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет БУЗОО "ОДКБ".

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя /Заказчика с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

# 3. Права и обязанности сторон

**3.1. «Исполнитель» обязуется:**

3.1.1. Предоставить платные медицинские услуги своевременно, качественно, в полном объеме в соответствии со стандартами медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя /Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3.1.2. Обеспечить Потребителя /Заказчика информацией, включающей сведения об имеющемся у Исполнителя разрешении (лицензии), о месте оказания услуг, режиме работы, о видах медицинской помощи, входящих в гарантированный перечень бесплатных медицинских услуг, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также в случае привлечения для оказания медицинских услуг третьих лиц предоставить соответствующую информацию и о привлекаемом третьем лице, путем предоставления наглядной информации;

3.1.3. Обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему Договору обязательств силами собственных специалистов и/или с привлечением сил и средств иных медицинских учреждений, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг;

3.1.4. Соблюдать конфиденциальность информации, полученной от Потребителя/Заказчика, хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Потребителя /Заказчика в тайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

3.1.5. Вести учет видов, объемов и стоимости, оказываемых Потребителю/Заказчику услуг.

3.1.6. Получить информированное добровольное согласие от Потребителя/Заказчика на медицинские вмешательства, данного в порядке, установленным законом РФ;

3.1.7. Информировать Потребителя/Заказчика о возможных осложнениях, давать разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения на основании результатов обследований.

3.1.8. Выдать Потребителю/Заказчику на основании письменного заявления: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.9. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы;

**3.2. «Исполнитель» вправе:**

3.2.1. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае выявления у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, невыполнения Потребителем требований лечащего врача, грубого нарушения режима лечебного учреждения;

3.2.2. Требовать от Потребителя/Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

3.2.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, оформив отказ в письменной форме и урегулировав все финансовые вопросы с Потребителем/Заказчиком;

3.2.4. Предоставить сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам, без согласия Потребителя / Заказчика в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

**3.3. «Потребитель/Заказчик» обязуется:**

3.3.1.Подписать уведомление (согласие) на подписание договора на оказание платных медицинских услуг **(Приложение №1)**, а также согласие на обработку персональных данных **(Приложение № 3)**, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора

3.3.2. Оплатить медицинскую услугу в размере и в порядке, определяемом настоящим договором;

3.3.3. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения, выполнять все медицинские рекомендации врача, соблюдать режим лечебного учреждения;

3.3.4. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю информацию, необходимую для установления диагноза и определения методов лечения, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.5. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или об изменении назначенного ему времени получения соответствующей медицинской услуги;

**3.4. «Потребитель/Заказчик» имеет право:**

3.4.1. Отказаться от услуг отдельных сотрудников Исполнителя в случае нарушений им правил этики и деонтологии, а также при несоблюдении врачебной тайны, оформив отказ в письменной форме;

3.4.2. Выбрать врача;

3.4.3. Получать полную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

3.4.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны)

3.4.5. Расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг, оплатив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

# 4. Ответственность сторон

4.1. До заключения договора, Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя/ Заказчика о том, что, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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.

4.2. Настоящий договор, может быть, расторгнут по инициативе любой из Сторон с обязательным письменным предварительным уведомлением другой стороны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. Исполнитель не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения Потребителем/Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.6. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свое обязательство по настоящему Договору, будет освобождена от ответственности в случае, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло в результате наступления чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, то есть обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств).

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и завершается получением Потребителем/Заказчиком Услуги (подтверждением получения Услуги является: Заключение по результатам диагностического обследования или Выписка из истории болезни и Акт приемки оказанных услуг).

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.2. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

6.3. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

6.4. Приложения к настоящему договору:

- Приложение №1 - Уведомление (согласие) на подписание договора на оказание платных медицинских услуг;

- Приложение №2 –Акт приемки оказанных услуг;

- Приложение №3- Согласие на обработку персональных данных.

# 7. Реквизиты и подписи сторон

**Исполнитель:** **Потребитель/Заказчик**

БУЗОО «ОДКБ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

644001, г. Омск, ул. Куйбышева,77 Ф.И.О

ИНН 5504004638 КПП 550401001 Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1025500991670 выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г

Тел: (3812) 36-16-26, 36-22-20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кем выдан)

к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактный телефон (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач БУЗОО «ОДКБ» Потребитель/Заказчик

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Ю. Горбунов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение №1

к договору №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уведомление (согласие)**

**на подписание договора**

**на оказание платных медицинских услуг**

Я, Потребитель / Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Потребителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( Ф.И.О. Заказчика)

в соответствии с Постановлением правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006

«Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

-я информирован (а) об имеющихся у Исполнителя лицензиях на осуществление медицинской деятельности, о месте оказания услуг, режиме работы, о видах медицинской помощи, входящих в гарантированный перечень бесплатных медицинских услуг, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;

- я информирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;

- я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

**Я, Потребитель /Заказчик**

**согласен (а) на подписание договора, на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

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

Приложение №2

к договору №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**АКТ**

**приемки оказанных услуг**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница»,

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность лица, оформляющего договор)

действующей (-го) на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Потребитель/Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Потребителя/Заказчика)

с другой стороны, составили настоящий акт приемки оказанных услуг о том, что Исполнитель оказал, а Потребитель/Заказчик принял и оплатил следующие платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование услуги)

стоимостью \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб., \_\_\_\_\_\_ коп.)

Потребитель/Заказчик по качеству и срокам оказания услуги претензий не имеет.

Исполнитель подтверждает, что оказанная услуга оплачена Потребителем/Заказчиком пациентом в полном объеме.

**Исполнитель:** **Потребитель/Заказчик:**

БУЗОО «ОДКБ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

644001, г. Омск, ул. Куйбышева,77 Ф.И.О

ИНН 5504004638 КПП 550401001

ОГРН 1025500991670

Тел. (3812) 36-16-26, 36-22-20

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) подпись расшифровка подписи подпись расшифровка подписи

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Приложение №3

к договору №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, Потребитель /Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Потребителя (несовершеннолетнего до 15 лет, дата рождения)

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

( Ф.И.О. Заказчика)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статьями 13; 92;94 Федерального закона "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку БУЗОО «ОДКБ» (далее - *Оператор*) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), 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, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором об оказании платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных ( двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

**Потребитель/ Заказчик:**

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

(Ф.И.О)

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

подпись расшифровка подписи