**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг  
(с физическим лицом)**

г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 20.10.2020 года № ЛО-77-01-020597, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Мелконяна Георгия Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

|  |
| --- |
| Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет,  или недееспособных граждан  Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (адрес места жительства законного представителя Потребителя)  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина; год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя) |

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее -Договор) о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя

(законного представителя Потребителя), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ» утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Потребитель оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

Потребитель осведомлен о действующих льготах для отдельных категорий граждан и подтверждает, что на момент заключения Договора Исполнитель уведомил его 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. Подписывая настоящий Договор, Потребитель, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе

дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя.В случаесогласияПотребителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.

Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине/волеизъявлению Потребителя, а также в случае расторжения договора по соглашению Сторон, оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

Права Исполнителя:

При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.

Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Потребителю сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

Обязанности Исполнителя:

Предоставлять при заключении Договора Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ Потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

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

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

Информировать Потребителя о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.

Извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах,, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.

В соответствии с Федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

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

Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.

Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя.

На основании письменного заявления Потребителя выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

По требованию Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.

Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.

В случае если при предоставлении 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 Исполнитель оказывает без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

Права Потребителя:

Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.

Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору и получать обратно уплаченнуюсумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанныхс оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.

Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.

2.3.4. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.

Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.

Обязанности Потребителя:

Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору.

Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).

Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.

Не изымать из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного медицинскую документацию.

Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время.

При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).

Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

**3.ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: 129336, г.Москва, ул.Стартовая, д.4.

Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента исполнения Потребителем обязанности, указанной в пункте 2.4.1 настоящего Договора.

По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю по почте или нарочным Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящемуДоговору). Потребитель обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта и подлежат оплате.

В случае если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и услуги подлежат оплате.

**4.ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Потребителем в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания обеими Сторонами настоящего Договора до получения услуг Потребителем в российских рублях в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.3настоящего Договора Потребитель обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.

После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.5 настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Потребителю в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу Исполнителя.

**5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:

неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора;

отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия) на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Потребитель предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной  
пунктом 2.4.3 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.4, 2.4.5, 2.4.9 и 1.6 настоящего Договора.

В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.

Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

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 другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6.ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.

Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.

При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.

Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от Договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от Договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от Договора (исполнения договора) от другой Стороны.

Уведомление об одностороннем расторжении Договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

**7.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.Срок оказания услуг с момента заключения договора до дня подписания акта сдачи - приемки оказанных услуг либо соглашения о расторжении договора.

Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица - что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или  
электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и им принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель дает Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными Федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Приложение № 1 к Договору – «Перечень платных медицинских услуг».

Приложение № 2 – «Форма Акта сдачи – приемки оказанных услуг».

Приложение № 3 – «Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну» и «Информированное согласие».

**8.АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»  ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»  Юридический адрес:129336  г.Москва, ул.Стартовая, д. 4  ИНН/КПП 7716080994/771601001  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»)  л/с 2605441000450558  р/сч 03224643450000007300  ГУ Банка России по ЦФО//УФК  по г. Москве г. Москва  БИК 004525988  ОГРН 1037739485937  ОКВЭД 86.10  КБК 00000000000131131022 | «Потребитель» (законный представитель Потребителя)  Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование органа, выдавшего паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи паспорта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Г.Г.Мелконян /  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ И.О. Фамилия/  (подпись) |

Приложение 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_

Перечень платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Номенклатурный код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Количество, шт. | Стоимость за единицу, руб. | Итого  стоимость,  руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается | | | | |  |

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_\_ копеек,

(буквенно-цифровое написание)

в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»  ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»  Юридический адрес:129336  г.Москва, ул.Стартовая, д. 4  ИНН/КПП 7716080994/771601001  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»)  л/с 2605441000450558  р/сч 03224643450000007300  ГУ Банка России по ЦФО//УФК  по г. Москве г. Москва  БИК 004525988  ОГРН 1037739485937  ОКВЭД 86.10  КБК 00000000000131131022 | «Потребитель» (законный представитель Потребителя)  Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование органа, выдавшего паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи паспорта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Г.Г.Мелконян /  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ И.О. Фамилия/  (подпись) |

Приложение 2

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_

**Форма Акта**

**сдачи-приемки оказанных услуг**

г. Москва «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 20.10.2020 года № ЛО-77-01-020597, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Мелконяна Георгия Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

|  |
| --- |
| Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет,  или недееспособных граждан  Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (адрес места жительства законного представителя Потребителя)  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина; год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя) |

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

1.Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_(далее - Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные Исполнителемследующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Номенклатурный код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Количество, шт. | Стоимость за единицу, руб. | Итого  стоимость,  руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается | | | | |  |

Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2

(буквенно-цифровое написание)

пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями

Договора и полностью приняты Потребителем.

Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

Оплата по Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек, в том

(буквенно-цифровое написание)

числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»  ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»  Юридический адрес:129336  г.Москва, ул.Стартовая, д. 4  ИНН/КПП 7716080994/771601001  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»)  л/с 2605441000450558  р/сч 03224643450000007300  ГУ Банка России по ЦФО//УФК  по г. Москве г. Москва  БИК 004525988  ОГРН 1037739485937  ОКВЭД 86.10  КБК 00000000000131131022 | «Потребитель» (законный представитель Потребителя)  Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование органа, выдавшего паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи паспорта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Г. Мелконян  М.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.О. Фамилия/  (подпись) |

ФОРМА АКТА СДАЧИ-ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ СОГЛАСОВАНА

Приложение 3

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_\_\_

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН № 3 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ» (ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ»)

ИНН 7716080994, ОГРН 1037739485937, адрес: 129336, г. Москва, ул. Стартовая, д. 4

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: « » г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер,

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

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья гражданв Российской Федерации», даю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», расположенного по адресу: 129336 г.Москва, Стартовая ул., д. 4 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодатель: \_\_\_\_\_\_\_\_

Супруг(а):

Мать:

Отец:

Сын:

Дочь:

Иные лица:

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

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент (законный представитель Пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |

Пациент подписался в моем присутствии: / \_\_\_\_\_

(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:

Подпись ФИО, должность

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись ФИО, должность

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9.10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

Врач

(наименование организации)

Подпись ФИО

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

Подпись ФИО

Врач отделения

(наименование организации)

Подпись ФИО

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество)

обращаясь за получением медицинской помощи в ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ» информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и на плановый период текущего года.

Мне разъяснено и понятно, что по полису обязательного медицинского страхования я могу получить медицинские услуги бесплатно при наличии направления на консультацию/госпитализацию, выданные медицинским учреждением Департамента здравоохранения города Москвы.

Мне разъяснено и понятно, что медицинские услуги бесплатно мне могут быть оказаны ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ» по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные мною из прейскуранта цен на медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ» в соответствии с Договором на предоставление платных услуг.

Также подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен(а) 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 моего здоровья.

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель (законный представитель Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |