ДОГОВОР№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Балашиха «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр»** (далее - ГБУЗ МО «МОПЦ»), действующее на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-009805от 21 июня 2018 года, выданной Министерством Здравоохранения Московской области, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице главного врача Серовой Ольги Федоровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

**гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»,** с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»,** заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги по адресу: 143900, Московская область, город Балашиха, шоссе Энтузиастов, д. 12 в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, а Потребитель обязуется оплатить платные медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.
2. Под платными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.
3. На условиях настоящего Договора Потребитель приобретает медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом, оказываемые в соответствии с действующим в Российской Федерации Порядками и Стандартам оказания медицинской помощи и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
4. Факт заключения Договора не является основанием для предоставления Потребителю платных медицинских услуг в первоочередном порядке.
5. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Предоставлять платные медицинские 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 Платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.1.2. Проводить медицинские обследования, предусмотренные настоящим Договором.

2.1.3. Информировать Потребителя о состоянии его здоровья, методах рекомендуемых обследований и иных действий, об их возможных осложнениях.

2.1.4. Информировать Потребителя по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинской помощи).

2.1.7. После исполнения Договора выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние ею здоровья после получения Платных медицинских услуг.

* 1. **Исполнитель имеет право:**

2.1.2. Отказать Потребителю в предоставлении Платных медицинских услуг при наличии обстоятельств препятствующих их оказанию, либо при неисполнении, а равно ненадлежащем исполнении обязанностей указанных в пункте 3.2 настоящего Договора.

* 1. **Потребитель обязуется:**
		1. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, в том числе передающихся половым путем, наличии вредных привычек и вредных и опасных условиях труда на производстве, способных повлиять на состояние здоровья Потребителя, аллергических реакциях, а также предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты (при наличии), номера контактных телефонов, фактический адрес места пребывания).
		2. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и/или на отказ от медицинского обследования.
		3. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации порядке письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных.
		4. Внимательно ознакомиться с перечнем и стоимостью медицинских услуг по Прейскуранту ГБУЗ МО «МОПЦ» и порядком их оказания.
		5. Своевременно оплачивать Исполнителю Платные медицинские услуга в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

3. ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

* 1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(НДС не облагается (в соответствии с подпунктом 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации)

* 1. Оплата Медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в порядке стопроцентной предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора, в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту, путем перевода денежных средств на расчётный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.
	2. В случае если стоимость платных медицинских услуг окажется менее внесенной суммы, то Исполнитель обязуется вернуть разницу по письменному заявлению Потребителя или его Представителя, уполномоченного нотариально удостоверенной доверенностью, на счет в банке указанный в заявлении или наличными денежными средствами из кассы, в срок не превышающий 10 (десять) календарных дней.
	3. В случае неоказания платных медицинских услуг Потребителю по настоящему Договору, Исполнителем по письменному заявлению Потребителя возвращаются денежные средства на банковский счет, указанный в заявлении или наличными денежными средствами из кассы, в срок не превышающий 10 (десять) календарных дней, в сто процентном размере.

4. СРОКИ ПО ДОГОВОРУ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до момента исполнения Сторонами обязательств в полном объеме.

4.2. Исполнитель обязуется оказать Потребителю Платные медицинские услуги в день обращения Потребителя за оказанием Платных медицинских услуг после осуществления их предварительной оплаты.

4.3. Досрочное расторжение настоящего Договора производится по взаимному соглашению Сторон либо в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации или настоящим Договором.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель и его работники несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда жизни и/или здоровью Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Потребитель вправе по своему выбору:

□ назначить новый срок оказания услуги;

□ потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

□ потребовать исполнения услуги другим специалистом;

□ расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Платных медицинских услуг, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Потребителем условий настоящего Договора, в том числе, но не ограничиваясь: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, назначенного режима наблюдения (лечения), непредставления Исполнителю или предоставление несоответствующих действительности сведений и информации, необходимой для качественного оказания Платных медицинских услуг, в том числе информации о наличии у Потребителя противопоказаний указанных в пункте 2.3. настоящего Договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

* 1. Все возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	2. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года. № 323-ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Потребитель дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, обработку своих персональных данных.
	3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.
	4. До заключения настоящего Договора Потребитель, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ознакомлен и уведомлён в доступной форме:
* о том, что граждане Российской Федерации вправе получать медицинскую помощь бесплатно в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках государственных программ получения бесплатной медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
* о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту ГБУЗ МО «МОПЦ»;

(фамилия, имя, отчество, подпись, дата ознакомления)

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИСПОЛНИТЕЛЬ: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр»143900, Московская область, г. Балашиха, шоссе Энтузиастов, 12, тел/факс 529-44-74ИНН 5001040936 КПП 500101001 ОКПО 13353622 ОГРН 1035000711635Банковские реквизиты:МЭФ МО (л/с 20825842320 ГБУЗ МО «МОПЦ»)ГУ Банка России по ЦФО р/с 40601810945253000001БИК 044525000 ОКТМО 46704000КБК 82500000000000000130 (доход) |
| Подпись Потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / О.Ф. Серова / |

Приложение 1

к Договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр»

Информированное добровольное согласие пациента

на оказание платных медицинских услуг

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

желаю получить платные медицинские услуги в организации Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых видах и объемах медицинской помощи.

Мне разъяснено мое право, получить соответствующие виды и объёмы 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.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Подпись Пациента Дата: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение 2

к Договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

Подготовка к медицинским манипуляциям (процедурам, исследованиям) и

перечень противопоказаний к платным медицинским услугам

Потребитель предупреждён о необходимости проведения подготовки к медицинским манипуляциям (процедурам, исследованиям), а именно:

- объемы, сроки и необходимость подготовки к проводимым медицинским манипуляциям (процедурам, исследованиям) определяется врачом соответствующего профиля, при назначении медицинской манипуляции (процедуры, исследования) и доводится до сведения пациента.

Потребитель гарантирует Исполнителю, что у него отсутствуют нижеприведённые противопоказания к оказываемым платным медицинским услугам:

- перечень противопоказаний и степень их влияния на ход исполнения медицинских манипуляций (процедур, исследований), а также степень риска для пациента, определяется врачом соответствующего профиля, при назначении медицинской манипуляции (процедуры, исследования) и доводится до сведения пациента.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись потребителя: | ИСПОЛНИТЕЛЬ: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр» |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | От Исполнителя Главный врач ФИО должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / О.Ф.Серова. / |

Приложение 3

к Договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

даю согласие организации Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной перинатальный центр», расположенной по адресу: 143900, Московская область, г. Балашиха, шоссе Энтузиастов, д. 12

на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и полученных в ходе оказания платных медицинских услуг, с целью организации оказания платных медицинских услуг.

Настоящее согласие дано на срок действия договора.

Согласие может быть отозвано по письменному заявлению субъекта персональных данных.

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

**АКТ оказанных медицинских услуг**

по договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» (ГБУЗ МО «МОПЦ»), в лице главного врача Серовой Ольги Федоровны, действующего на основании Устава, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказом Министерства здравоохранения Московской области от 08.02.2013 года «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые бюджетными и казенными государственными учреждениями здравоохранения Московской области», с одной стороны,

и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО пациента ( законного представителя)

составили настоящий Акт о нижеследующем:

 Всего оказано медицинских услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Услуги по вышеуказанному договору в ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» оказаны полностью и в срок.

Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Главный врач ГБУЗ МО «МОПЦ

 Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Серова О.Ф.

М.П.