**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

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

**ООО «Оптик-Вижн»**

место нахождения: 119334 г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3, ОГРН: 1027700139444, ИНН: 7725135625, КПП: 772501001, внесено в ЕГРЮЛ МИМНС России № 39 по городу Москве, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года серии 77 № 008013521 от 20,08,2002 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,имеющее выданную Министерством здравоохранения Новосибирской области (телефон и адрес места нахождения министерства: +7 (383) 222-15-61 Адрес: 630011, г. Новосибирск, Красный проспект д.18) лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-54-01-003326 от 08.06.2015 г., в лице Генерального директора Холомеева А.Н., действующего на основании Устава, с одной стороны и «Заказчик», \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*указать полностью данные о Заказчике: фамилию, имя, отчество, адрес места жительства, контактный телефон*

с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили *настоящий Договор* о нижеследующем:

1. **Общие положения**
   1. Основные понятия, используемые в *настоящем Договоре*:

* **Заказчик** – физическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с *настоящим Договором* в пользу Пациента.
* **Контактная линза** – линза, предназначенная для ношения на передней поверхности глазного яблока.
* **Корригирующие очки** – очки, предназначенные для коррекции зрения, изготавливаемые в соответствии с требованиями действующего ГОСТа на корригирующие очки.
* **Медицинские услуги** – услуги, определенные действующей Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ, указанные в действующем Ценнике-прейскуранте и/или иных документах Исполнителя.
* **Пациент** – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с *настоящим Договором.*
* **Средства коррекции зрения –** корригирующие очки, контактные линзы, средства для коррекции слабовидения (лупы, телескопические очки и т.д.).
* **Средства по уходу за контактными линзами –** растворы, предназначенные для хранения и дезинфекции контактных линз, улучшения переносимости контактных линз.
* **Персональные данные пациента –** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья пациента.

**2. Предмет договора**

* 1. По *настоящему Договору* Заказчик поручает Исполнителю оказывать Пациенту:

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

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

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

*указать полностью данные о Пациенте: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)*

квалифицированные медицинские услуги согласно перечню платных медицинских услуг, включенных в действующий Ценник-прейскурант и/или иные документы Исполнителя, а Заказчик обязуется оплачивать эти услуги в порядке и на условиях, предусмотренных *настоящим Договором*.

* 1. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с условиями и требованиями лицензии на осуществление медицинской деятельности, размещенной в соответствующем салоне оптики в доступном для ознакомления месте.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. При получении медицинских услуг Пациент обязан:**

* + 1. Предоставлять подписанное *«Согласие на обработку, передачу и использование персональных данных»*, оформленное в соответствии с *Приложением №1* к *настоящему Договору*.
    2. Предоставлять подписанное «*Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»,* оформленное в соответствии с *Приложением №2* к *настоящему Договору,* при первом обращении за получением медицинских услуг.

**3.1.3.** Сообщать все необходимые сведения, требуемые Исполнителю для оказания медицинских услуг, в том числе:

* персональные данные, необходимые для ведения медицинской документации;
* информацию о состоянии своего здоровья, об имеющихся хронических и инфекционных заболеваниях, оперативных вмешательствах на органах зрения, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход оказания медицинских услуг;
* информацию об используемых ранее средствах коррекции зрения (корригирующих очках, контактных линзах и т.д.) и средствах по уходу за ними;
  + - сведения об осложнениях, возникших при ношении контактных линз, нарушениях сроков замены и режима ношения контактных линз, нарушениях правил хранения, обработки и дезинфекции контактных линз.
    1. Выполнять назначения и рекомендации Исполнителя, в том числе и после оказания медицинской услуги.
  1. **Заказчик обязан:**
     1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту, в порядке и в сроки, предусмотренные *настоящим Договором*.
     2. Информировать Пациента о необходимости выполнения последним требований, предусмотренных *настоящим Договором*.
  2. **При оказании медицинских услуг Исполнитель обязан:**
     1. Обеспечивать соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, действующим на территории РФ.
     2. Предоставлять Пациенту информацию, включающую в себя сведения о месте нахождения и режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов.
     3. По результатам оказания медицинских услуг выдавать Пациенту рецепт на средство коррекции зрения и/или рекомендации по охране зрения. При этом форма рецепта и/или рекомендаций по охране зрения (бумажный носитель, магнитный носитель и т.п.) соответствует требованиям действующего законодательства и условиям, существующим у Исполнителя в период оказания медицинской услуги.
     4. Обеспечивать сохранение в тайне информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при оказании ему медицинских услуг.
  3. **При получении медицинских услуг Пациент вправе:**
     1. Получать квалифицированные медицинские услуги в рамках действующего режима работы во всех Обособленных подразделениях Исполнителя.
     2. Получать информацию о ходе оказания медицинских услуг в доступной для него форме.
     3. Выбирать врача-офтальмолога/медицинского оптика-оптометриста из числа медицинских работников Исполнителя.
     4. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.
     5. Обращаться к Исполнителю с претензией (жалобой) на недостатки предоставленной медицинской услуги в соответствии с действующим Законодательством РФ. Рекомендуемый срок обращения с претензией 3 месяца со дня оказания медицинской услуги.
  4. **При оказании медицинских услуг Исполнитель вправе:** 
     1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на оказание медицинской услуги.
     2. Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей соответствующей квалификации, при этом Исполнитель остается ответственным в полном объеме за исполнение обязательств по *настоящему Договору*.
     3. Отказаться от исполнения *настоящего Договора* и расторгнуть *настоящий Договор* в одностороннем порядке при нарушении Пациентом предписаний и рекомендаций медицинских специалистов Исполнителя.

**4. Условия и порядок предоставления услуг**

**4.1**. Исполнитель оказывает медицинские услуги Пациенту силами квалифицированных специалистов, сведения о сертификации которых предоставляются Пациенту по его требованию, в рамках действующего режима работы во всех Обособленных подразделениях Исполнителя.

**4.2**. Исполнитель оказываетмедицинские услуги несовершеннолетнему пациенту в присутствии законного представителя.

**4.3**. Исполнитель на основании результатов обследований дает Пациенту разъяснения и рекомендации о необходимости и способах коррекции зрения, методах профилактики.

**4.4**.Результатом и фактом, подтверждающим оказание медицинской услуги, является выписанный рецепт на средство коррекции зрения и/или рекомендации по охране зрения и/или запись в Журнале учета пациентов.

**4.5**. Сроки оказания медицинских услуг определяются исходя из объема профилактических и диагностических мероприятий, предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, с учетом режима работы Исполнителя.

**5. Стоимость услуг и порядок расчетов**

**5.1**. Стоимость медицинских услуг формируется Исполнителем самостоятельно и указывается в Ценнике-прейскуранте и/или иных документах Исполнителя, размещенных в салоне оптике в доступном для ознакомления месте. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Ценником-прейскурантом Исполнителя, условиями действующих рекламных акций и специальных предложений Исполнителя и/или иными документами Исполнителя.

**5.2**. Заказчик на момент подписания *настоящего Договора* ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

**5.3.** Заказчик оплачивает полную стоимость медицинских услуг, оказанных Пациенту, после получения услуг путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Оплата медицинских услуг может производиться Заказчиком наличными деньгами, подарочной картой, в безналичном порядке с использованием банковской карты или иным, определенным Исполнителем способом.

**5.4**. В случае возврата Заказчику денежных средств, уплаченных за медицинские услуги, Исполнитель использует такую же форму оплаты, какую использовал Заказчик при оплате, либо иную форму в соответствии с действующим законодательством.

**6. Ответственность сторон**

**6.1**. Стороны несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, вытекающих из *настоящего Договора*.

* 1. Исполнитель не несет ответственности за результаты и последствия оказания услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций Исполнителя.

1. **Срок действия договора**

*Настоящий Договор* вступает в силу с момента его подписания и действует в течение следующих 12 (двенадцати) месяцев. Если ни одна из Сторон не заявит письменно о намерении прекратить *настоящий Договор* не позднее, чем за 10 дней (десять) дней до даты прекращения *Договора*, то *настоящий* *Договор* считается пролонгированным на каждые последующие 12 (двенадцать) месяцев на тех же условиях.

1. **Порядок изменения и расторжения договора**

**8.1.** Изменение и расторжение *настоящего Договора* осуществляется на основании и в порядке, предусмотренном действующим законодательством и *настоящим Договором*.

**8.2.** Стороны договорились считать допустимым изменение Исполнителем в одностороннем порядке реквизитов лицензии на осуществление медицинской деятельности, стоимости и перечня медицинских услуг в период действия *настоящего Договора*. Информация об изменении реквизитов лицензии на осуществление медицинской деятельности, перечня и/или стоимости медицинских услуг, а также актуальный текст *Договора*, Ценник-прейскурант и/или другие документы Исполнителя доводятся до Заказчика (Пациента) путем размещения на официальном сайте Исполнителя www.ochkarik.ru

1. **Разрешение споров**

**9.1.** Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте *настоящего Договора*, будут разрешаться в досудебном порядке на основе действующего законодательства РФ.

**9.2.** При не урегулировании в досудебном порядке спорных вопросов споры Сторон разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

1. **Прочие условия**

**10.1.** Заказчик, подписывая *настоящий Договор*, предоставляет свое согласие на обработку персональных данных, полученных Исполнителем в рамках *настоящего Договора*, для целей исполнения Сторонами своих обязательств по *настоящему Договору*.

**10.2.** Информация о состоянии здоровья Пациента, включающая сведения о результатах обследования, данные рецепта на средство коррекции зрения, выдается медицинскими специалистами Исполнителя по письменному запросу Пациента (его законного представителя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента представления соответствующего запроса, если иные основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок не предусмотрены действующим законодательством РФ. Документы с перечисленной выше информацией выдаются Пациенту (его законному представителю) под подпись при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

**10.3.** *Настоящий Договор* составлен и подписан в 2 (двух) экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон, при этом Заказчик обязуется ознакомить Пациента с текстом *настоящего Договора*.

**10.4.** Стороны допускают факсимильное воспроизведение («факсимиле») подписи и печати Исполнителя с помощью средств механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи и оригинальной печати на *настоящем Договоре.* При этом факсимильная подпись и печать будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись и оригинальная печать Исполнителя.

**10.5.** В остальном, не урегулированном *настоящим Договором*, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

1. **Реквизиты сторон**

**Исполнитель Заказчик**

**ООО «Оптик-Вижн» Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Юридический адрес: 119334 Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактический адрес: 119334 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. (495) 954-11-60, факс 952-56-37

ИНН: 7725135625 / КПП: 772501001 Контактный телефон

ОГРН: 1027700139444 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты:

Р/с 40702810438110102580

Московский банк ОАО «Сбербанк России»

К/с 30101810400000000225

БИК 044525225 ОКПО 55266630

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /А.Н. Холомеев \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Заказчика*

**Согласие на обработку, передачу и использование персональных данных**

Я (Пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты*

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

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными работниками ООО «Оптик-Вижн» (далее по тексту Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, даты оказания медицинских услуг, результат обращения за медицинской помощью, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу – в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора. Представляю Оператору право осуществлять все необходимые 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.

В целях исполнения оператором обязательств по *настоящему Договору* с Заказчиком оказываемых мне медицинских услуг я предоставляю Оператору право на передачу Заказчику моих персональных данных, в том числе информации, составляющей врачебную тайну, в объеме, необходимом для исполнения *настоящего Договора*. Передача указанной информации может быть осуществлена, в том числе, но не исключительно, с использованием машинных носителей или по каналам связи. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я уведомлен Оператором, что могу отозвать *настоящее Согласие* путем подачи письменного заявления Оператору на бумажном носителе. В случае получения моего письменного заявления об отзыве *настоящего Согласия*, Оператор обязуется прекратить обработку моих персональных данных.

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

*Фамилия Имя Отчество подпись*

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

Настоящим выражаю свое согласие на рассылку по электронной почте и/или sms сообщений с информацией по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием

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

*Фамилия Имя Отчество подпись*

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,**

**на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе**

**врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

*Ф.И.О. гражданина*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. р., зарегистрированный по адресу: |

*адрес места жительства гражданина либо законного представителя*

**даю информированное добровольное согласие** **на виды медицинских вмешательств**, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н *(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень*), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «Оптик-Вижн»**

*полное наименование медицинской организации*

Медицинским работником

*должность, Ф.И.О. медицинского работника*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” *(Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)*.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

*Ф.И.О. гражданина, контактный телефон*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *подпись* |  | *Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *подпись* |  | *Ф.И.О. медицинского работника* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |