ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
для Потребителя (Пациента), в том числе несовершеннолетнего

Новосибирская область, г. Бердск «___» _____ 2026 г.

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Общество с ограниченной ответственностью «МЕДСТАЙЛ», **ИНН 5473016616, ОГРН 1245400027905** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Айвазян Марине Мовсесовны, действующей на основании Устава, **Регистрационный номер лицензии: Л041-01125-54/01644129, дата предоставления лицензии: 19.12.2024, Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Новосибирской области** с одной стороны, и

Потребитель (Пациент) _____, дата рождения, а в случаях, предусмотренных законом, его законный представитель, а также при наличии иной Заказчик, оплачивающий услуги, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ) / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ	**ИНОЙ ЗАКАЗЧИК (если услуги приобретает/оплачивает другое лицо)**
ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ) Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ Паспорт / свидетельство о рождении _____ Адрес _____ Телефон _____ e-mail _____ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (если применимо) Ф.И.О. _____ Паспорт _____ Статус: мать / отец / усыновитель / опекун / попечитель / иное _____ Документ / основание полномочий _____ Телефон _____ e-mail	Ф.И.О. / наименование _____ Для физлица: паспорт, адрес _____ Для ИП: ОГРНИП _____ ИНН _____ Для юрлица: ОГРН _____ ИНН _____ Адрес _____ Представитель, должность _____ Основание полномочий _____ Телефон _____ e-mail _____ Если иной Заказчик не указан: — совершеннолетний Потребитель является Заказчиком; — за несовершеннолетнего Заказчиком является законный представитель, если иное не указано.

Если раздел об ином Заказчике не заполнен, Заказчиком является совершеннолетний Потребитель либо законный представитель несовершеннолетнего Потребителя, если иное не указано в Договоре.

2. ИНФОРМАЦИЯ ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

2.1. До заключения Договора Потребителю и (или) Заказчику предоставляется предусмотренная законодательством информация об Исполнителе, лицензии, платных медицинских услугах, ценах, сроках и условиях их оказания, медицинских работниках, порядке оказания медицинской помощи и порядке направления обращений, жалоб и требований.

2.2. Потребитель и (или) Заказчик уведомлены 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, когда такая помощь предоставляется Исполнителем в рамках указанных программ.

2.3. Выбор платного получения медицинской услуги является добровольным. Отказ от платной услуги не уменьшает объем бесплатной медицинской помощи в случаях, когда Исполнитель участвует в реализации соответствующей программы.

2.4. Потребитель уведомлен о необходимости соблюдать режим лечения, назначения и рекомендации медицинских работников, правила подготовки к исследованиям и правила поведения пациента в медицинской организации.

2.5. Потребитель и (или) Заказчик уведомлены, что несоблюдение назначений (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.6. Подписание настоящего Договора подтверждает получение указанной информации, но не заменяет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

3.1. Настоящий Договор определяет общие условия длительных договорных отношений Сторон по оказанию Потребителю платных медицинских услуг в период действия Договора.

3.2. Конкретный перечень, количество (объем), стоимость, срок (дата или период) предоставления, место оказания и порядок оплаты каждой услуги либо группы услуг определяются в Заказе-Смете, оформляемом на основании и во исполнение настоящего Договора.

3.3. Стороны исходят из рамочной модели договорных отношений в соответствии со статьей 429.1 ГК РФ: общие условия установлены настоящим Договором, а недостающие конкретные условия каждого отдельного платного объема уточняются подписанным Сторонами Заказом-Сметой, которая одновременно является сметой в смысле пункта 25 Правил № 659 и документом, конкретизирующим условия настоящего Договора.

3.4. Первый Заказ-Смета оформляется одновременно с заключением настоящего Договора. Каждый последующий новый платный объем оформляется следующим Заказом-Сметой к этому же Договору. Новый основной Договор при каждом посещении не заключается, пока настоящий Договор действует и не возникли обстоятельства, требующие его переоформления. Каждый подписанный Заказ-Смета является неотъемлемой частью настоящего Договора и письменным соглашением Сторон в части конкретных услуг, их количества (объема), стоимости, срока, места

оказания и порядка оплаты. Отдельное дополнительное соглашение по указанным условиям не требуется.

3.6. Если требуется изменить иные положения основного Договора, не охватываемые Заказом-Сметой, оформляется дополнительное соглашение либо новый договор в зависимости от характера изменения. Один Заказ-Смета может включать одну услугу, несколько услуг, комплекс исследований, курс процедур или иной объем, в том числе выполняемый в несколько дат в пределах указанного периода.

3.7. Услуги оказываются только в пределах действующей лицензии Исполнителя и по адресу, включенному в реестр лицензий для соответствующих работ (услуг).

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ, НАЗНАЧЕННЫЕ НА ПРИЕМЕ

4.1. Если в ходе консультации, обследования или лечения врач определил медицинскую необходимость дополнительного исследования, анализа, консультации, процедуры или иного вмешательства, назначение отражается в медицинской документации и (при использовании) в плане обследования/лечения.

4.2. Само медицинское назначение не означает автоматического согласия Потребителя приобрести соответствующую услугу у Исполнителя.

4.3. Если Потребитель и (или) Заказчик решил получить дополнительную услугу у Исполнителя, до ее оказания ему сообщаются наименование услуги, ее стоимость, срок/период оказания и порядок оплаты, после чего оформляется и подписывается новый Заказ-Смета.Новый платный объем оформляется новым Заказом-Сметой.

4.5. Финансовое согласование услуги в Заказе-Смете и ИДС на медицинское вмешательство являются разными документами и выполняют разные функции. Если договором/Заказом-Сметой предусмотрена предварительная оплата, медицинская услуга оказывается после согласования, оформления требуемого ИДС и оплаты, кроме случаев, когда иной порядок прямо предусмотрен законом.

5. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

5.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является ИДС Потребителя либо лица, имеющего право дать такое согласие в установленных законом случаях.

5.2. Для несовершеннолетнего Потребителя ИДС оформляется самим несовершеннолетним либо его законным представителем в зависимости от возраста и вида медицинского вмешательства в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

5.3. До медицинского вмешательства медицинский работник предоставляет в доступной форме информацию о целях, методах, рисках, возможных вариантах вмешательства, последствиях и предполагаемых результатах. Настоящий Договор и Заказ-Смета не заменяют ИДС.

5.4. Подпись законного представителя под договором или финансовым документом не заменяет медицинское согласие лица, которое в силу закона вправе дать ИДС. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в порядке, установленном законодательством.

6. ПИСЬМЕННАЯ ПРОСЬБА НА ОТДЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

6.1. В случаях, предусмотренных пунктом 11 Правил № 659, письменная просьба Потребителя/Заказчика на отдельную консультацию или медицинское вмешательство, в том числе при оказании услуги в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, фиксируется в соответствующем Заказе-Смете либо отдельном документе.

6.2. Если Заказчик приобретает услугу для другого Потребителя, необходимые подписи оформляются в соответствии с требованиями Правил № 659.

6.3. Указанная письменная просьба не заменяет ИДС.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Исполнитель обязан:

— оказывать услуги надлежащего качества в согласованном объеме и сроки, в соответствии с лицензией и требованиями законодательства;

— до оказания дополнительной платной услуги согласовать ее платный характер и стоимость;

— получать ИДС в случаях и порядке, предусмотренных законом;

— вести медицинскую документацию, соблюдать врачебную тайну и требования законодательства о персональных данных;

— выдавать документ, подтверждающий произведенный расчет;

— предоставлять по обращению Потребителя/законного представителя медицинские документы, копии или выписки в порядке, установленном законодательством.

7.2. Потребитель вправе:

— получать информацию о состоянии здоровья, обследовании, диагнозе, методах лечения, рисках, последствиях и предполагаемых результатах;

— до согласования платной услуги получать информацию о ее наименовании, стоимости, сроке и порядке оплаты;

— отказаться от медицинского вмешательства и (или) от конкретной платной услуги в установленном законом порядке;

— получать медицинские документы, их копии и выписки;

— предъявлять требования, жалобы и претензии и обращаться в уполномоченные органы и суд.

7.3. Потребитель обязан:

— сообщать достоверные сведения о состоянии здоровья, противопоказаниях, аллергических реакциях и принимаемых препаратах;

— соблюдать назначения и рекомендации, режим лечения, правила подготовки к исследованиям и правила поведения пациента;

— своевременно сообщать об ухудшении состояния и иных обстоятельствах, существенных для оказания медицинской помощи.

7.4. Заказчик обязан своевременно оплачивать согласованные услуги и предоставлять сведения, необходимые для заключения и исполнения Договора.

8. КАЧЕСТВО И МЕДИЦИНСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

8.1. Медицинская помощь оказывается в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, применимыми порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

8.2. Назначенные врачом дополнительные обследования, консультации и вмешательства должны иметь медицинское обоснование, отраженное в медицинской документации.

8.3. Отказ Потребителя от рекомендованного обследования или повторного приема подлежит отражению в медицинской документации, когда это имеет значение для дальнейшей тактики и результатов лечения.

9. СТОИМОСТЬ, ОПЛАТА И ЗАКАЗ-СМЕТА

9.1. Стоимость каждой конкретной услуги или группы услуг определяется действующим прейскурантом Исполнителя и фиксируется до ее оказания в подписанном Заказе-Смете.

9.2. Заказ-Смета может содержать твердую либо приблизительную смету. Вид сметы отмечается в соответствующей форме.

9.3. Заказ-Смета содержит номер и дату настоящего Договора, свой номер и дату, сведения о Потребителе/Заказчике, конкретные услуги, количество/объем, цену, общую стоимость, срок/период оказания, место оказания и порядок/срок оплаты.

9.4. При приблизительной смете новый платный объем до его оказания оформляется следующим Заказом-Сметой либо уточняющим Заказом-Сметой.

9.5. Оплата производится наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным перечислением либо иным законным способом в сроки, определенные соответствующим Заказом-Сметой.

9.6. Несогласованные в письменной форме дополнительные платные услуги не могут считаться автоматически включенными в обязательства Потребителя/Заказчика по оплате.

9.7. По факту расчета Исполнитель выдает предусмотренный законодательством кассовый чек или иной документ, подтверждающий расчет.

10. МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

10.1. После исполнения соответствующего объема услуг Потребителю либо его законному представителю по обращению без дополнительной платы выдаются медицинские документы, копии медицинских документов или выписки, отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, в порядке, установленном законодательством.

10.2. Заказчик, не являющийся Потребителем или его законным представителем, не приобретает право на сведения о состоянии здоровья только в силу оплаты услуг.

10.3. Сведения, составляющие врачебную тайну, передаются иным лицам с согласия уполномоченного лица либо без согласия только в случаях, прямо предусмотренных законом.

10.4. Обработка персональных данных осуществляется при наличии предусмотренного законом правового основания; отдельное согласие оформляется тогда, когда закон требует именно согласие.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ

11.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.2. Нарушение Потребителем рекомендаций, режима лечения или правил подготовки может учитываться при оценке причин неблагоприятных последствий, но не освобождает Исполнителя от ответственности в случаях, когда она установлена законом.

11.3. Отказ от одной услуги или одного Заказа-Сметы сам по себе не означает прекращения основного рамочного Договора, если Потребитель/Заказчик прямо не заявил об отказе от договорных отношений в целом.

11.4. При отказе от конкретного согласованного платного объема взаиморасчеты производятся в соответствии с законодательством и фактически исполненными обязательствами.

11.5. Нарушение рекомендаций и режима лечения не является автоматическим самостоятельным основанием для одностороннего расторжения Договора Исполнителем.

11.6. При нарушении Потребителем /Заказчиком рекомендаций врача исполнителя или своих обязанностей, Исполнитель фиксирует обстоятельства в медицинской документации, разъясняет последствия и вправе расторгнуть настоящий договор, путем направления письменного уведомления на указанные адреса (в том числе электронная почта или личный кабинет) Потребителю/Заказчику.

11.7. Лечащий врач может отказаться от наблюдения и лечения в порядке части 3 статьи 70 Федерального закона № 323-ФЗ; такой отказ не означает автоматического прекращения Договора с медицинской организацией.

12. ОБРАЩЕНИЯ, ЖАЛОБЫ И ПРЕТЕНЗИИ

12.1. Обращения, жалобы и требования могут быть поданы лично, почтовым отправлением, по электронной почте либо иным официальным способом.

12.2. Внутреннее обращение к Исполнителю_____ не ограничивает право Потребителя обратиться в государственные органы и суд.

12.3. Требования, связанные с недостатками платных медицинских услуг, рассматриваются в порядке и сроки, установленные законодательством о защите прав потребителей.

13. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

13.1. Настоящий Договор заключен на неопределенный срок и действует до его прекращения в соответствии с волеизъявлением Сторон и законодательством Российской Федерации.

13.2. Полное исполнение отдельного Заказа-Сметы не прекращает основной Договор.

13.3. При следующем обращении в период действия Договора оформляется новый Заказ-Смета без повторного подписания основного Договора, если не изменились стороны, представительские полномочия, юридическое лицо Исполнителя либо иные обстоятельства, требующие переоформления.

13.4. При изменении статуса Потребителя/Заказчика, достижении несовершеннолетним Потребителем совершеннолетия, прекращении или изменении полномочий законного представителя либо иных существенных идентифицирующих условий Стороны актуализируют сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора.

14. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Полное наименование: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДСТАЙЛ".

ОГРН 1245400027905; ИНН 5473016616; КПП 547301001.

Адрес: НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. БЕРДСК, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, Д. 4.

Лицензия: регистрационный № Л041-01125-54/01644129, дата предоставления 19.12.2024, лицензирующий орган Министерство здравоохранения Новосибирской области.

Работы (услуги) по лицензии, относящиеся к конкретной оказываемой услуге, указываются в соответствующем Заказе-Смете по актуальным сведениям реестра лицензий.

Телефон +79130022054 e-mail kda_nsk@mail.ru сайт https://medstyle.pro.

15. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ / ЗАКАЗЧИК
Наименование: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДСТАЙЛ" Адрес: НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. БЕРДСК, УЛИЦА М.ГОРЬКОГО, Д. 4, Номер счёта: 40702 810 0 2337 0001240 ИНН: 5473016616 КПП: 547301001 ОКПО 70305416 Банк: ФИЛИАЛ «НОВОСИБИРСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК» Корреспондентский счёт: 30101810600000000774 БИК: 045004774 тел клиники +79130022054, электронный адрес: kda_nsk@mail.ru Директор ООО «МЕДСТАЙЛ» _____М.М. Айвазян	**Потребитель (если подписывает самостоятельно):** Ф.И.О. _____ Подпись _____ /_____/ Законный представитель (если применимо): Ф.И.О. _____ Статус / основание полномочий _____ Подпись _____ /_____/ Иной Заказчик (если есть): Ф.И.О. / наименование _____ Подпись _____ /_____/ Экземпляр Договора получил(а). _____

Приложение № 1
к Договору № _____ от «___» _____ 20___ г.

ЗАКАЗ-СМЕТА № ____ — ТВЕРДАЯ СМЕТА

Потребитель (Пациент): _____

Законный представитель (если применимо): _____

Иной Заказчик (если отличается): _____

Место оказания: _____

Работа (услуга), составляющая медицинскую деятельность по актуальным сведениям реестра лицензий:
_____

№	Наименование услуги	Кол-во / объем	Цена, руб.	Стоимость, руб.	Срок / дата / период
1	_____	____	_____	_____	_____
2	_____	____	_____	_____	_____
3	_____	____	_____	_____	_____
4	_____	____	_____	_____	_____
5	_____	____	_____	_____	_____

Итого: _____ руб.

Порядок и срок оплаты: ☐ до оказания услуги ☐ в день оказания ☐ иное _____

Настоящая смета является твердой. Стоимость согласованного объема услуг определяется настоящей Сметой. Дополнительные платные услуги, не включенные в нее, до оказания подлежат отдельному письменному согласованию.

Пациент/Заказчик подтверждает, что до оказания услуг получил информацию об их платном характере, наименовании, стоимости, сроке и порядке оплаты и согласен приобрести указанный объем у Исполнителя. Настоящий Заказ-Смета является неотъемлемой частью Договора и не заменяет ИДС.

Потребитель / законный представитель / Заказчик: Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата _____

Представитель Исполнителя: Ф.И.О., должность _____

Основание полномочий _____ Подпись _____ Дата _____

Приложение № 2
к Договору № _____ от «___» _____ 20___ г.

ЗАКАЗ-СМЕТА № ____ — ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ СМЕТА

Потребитель (Пациент): _____

Законный представитель (если применимо): _____

Иной Заказчик (если отличается): _____

Место оказания: _____

Работа (услуга), составляющая медицинскую деятельность по актуальным сведениям реестра лицензий:
_____

№	Наименование услуги	Кол-во / объем	Цена, руб.	Стоимость, руб.	Срок / дата / период
1	_____	____	_____	_____	_____
2	_____	____	_____	_____	_____
3	_____	____	_____	_____	_____
4	_____	____	_____	_____	_____
5	_____	____	_____	_____	_____

Ориентировочная стоимость: _____ руб.

Настоящая смета является приблизительной. Окончательный объем платных медицинских услуг может быть уточнен в зависимости от результатов обследования, медицинских показаний и иных обстоятельств, влияющих на объем помощи. Любой дополнительный платный объем до его оказания подлежит предварительному письменному согласованию с Потребителем/Заказчиком путем оформления нового или уточняющего Заказа-Сметы.

Порядок и срок оплаты: ☐ до оказания услуги ☐ в день оказания ☐ иное
_____

Настоящий Заказ-Смета является неотъемлемой частью Договора и не заменяет ИДС.

Потребитель / законный представитель / Заказчик: Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата _____

Представитель Исполнителя: Ф.И.О., должность _____

Основание полномочий _____ Подпись _____ Дата _____

Приложение № 3
к Договору № _____ от «___» _____ 20___ г.

УТОЧНЯЮЩИЙ ЗАКАЗ-СМЕТА № ____

Потребитель (Пациент): _____

Законный представитель (если применимо): _____

Иной Заказчик (если отличается): _____

Место оказания: _____

Работа (услуга), составляющая медицинскую деятельность по актуальным сведениям реестра лицензий:
_____

Уточняет Заказ-Смету № _____ от «___» _____ 20___ г.

Основание уточнения объема: _____

№	Наименование услуги	Кол-во / объем	Цена, руб.	Стоимость, руб.	Срок / дата / период
1	_____	____	_____	_____	_____
2	_____	____	_____	_____	_____
3	_____	____	_____	_____	_____
4	_____	____	_____	_____	_____
5	_____	____	_____	_____	_____

Итоговая / уточненная стоимость согласованного объема: _____ руб.

Потребитель/Заказчик подтверждает, что до оказания измененного или дополнительного платного объема получил информацию о его наименовании, стоимости, сроке и порядке оплаты и согласен с указанными условиями.

Потребитель / законный представитель / Заказчик: Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата _____

Представитель Исполнителя: Ф.И.О., должность _____

Основание полномочий _____ Подпись _____ Дата _____

Приложение № 4
к Договору № _____ от «___» _____ 20___ г.

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Потребитель (Пациент): _____

Законный представитель (если применимо): _____

Иной Заказчик (если отличается): _____

Место оказания: _____

Работа (услуга), составляющая медицинскую деятельность по актуальным сведениям реестра лицензий:

_____

В ходе консультации / обследования / лечения медицинским работником определена медицинская необходимость дополнительной услуги (услуг). Само медицинское назначение не означает автоматического согласия приобрести услугу у Исполнителя.

№	Наименование услуги	Кол-во / объем	Цена, руб.	Стоимость, руб.	Срок / дата / период
1	_____	____	_____	_____	_____
2	_____	____	_____	_____	_____
3	_____	____	_____	_____	_____
4	_____	____	_____	_____	_____

Итого: _____ руб.

Срок / период оказания: _____

Порядок и срок оплаты: _____

Потребителю/Заказчику до оказания дополнительных услуг сообщены их наименование, платный характер, стоимость, срок/период оказания и порядок оплаты. Потребитель/Заказчик согласен приобрести указанные услуги у Исполнителя.

Настоящее финансовое согласование не заменяет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Потребитель / законный представитель / Заказчик: Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата _____

Представитель Исполнителя: Ф.И.О., должность _____

Основание полномочий _____ Подпись _____ Дата _____

Приложение № 5
к Договору № _____ от «___» _____ 20___ г.

АКТ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № ____

По Договору № _____ от «___» _____ 20___ г. и Заказу-Смете № _____ фактически оказаны:

№	Наименование услуги	Количество	Стоимость, руб.	Дата оказания
1	_____	____	_____	_____
2	_____	____	_____	_____
3	_____	____	_____	_____
4	_____	____	_____	_____
5	_____	____	_____	_____

Итого: _____ руб.

Подписание Акта подтверждает факт оказания перечисленных услуг и не ограничивает права Потребителя, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Потребитель / законный представитель / Заказчик: Ф.И.О. _____

Подпись _____ Дата _____

Представитель Исполнителя: Ф.И.О., должность _____

Основание полномочий _____ Подпись _____ Дата _____