**Экземпляр Центра Реабилитации**

**(подписанный экземпляр вернуть**

**в ОргМетодОтдел, каб.316)**

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_/2022**

**на оказание платных медицинских и педагогических услуг**

**г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.**

***Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства здравоохранения Российской Федерации*** (лицензия № ФС-99-01-009512 от «25» апреля 2018, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, тел. +7 (499) 578-02-20, срок действия лицензии - бессрочно; лицензия 038299 от 23 марта 2017 г., выдана Департаментом образования г. Москвы, тел. +7 (495) 366-66-80, срок действия лицензии - бессрочно), именуемое в дальнейшем «Центр», в лице Заведующей кабинетом медицинской статистики, врача-статистика Симанковой Марины Валерьевны, действующей на основании Доверенности № 1 от 10 января 2022г., с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являющий(ая)ся законным представителем (доверенным лицом законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Центр обязуется в течение срока действия настоящего Договора оказывать медицинские услуги, а Пациент (законный представитель, доверенное лицо законного представителя) обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Пациенту разъясняются действующие Условия предоставления платных услуг и действующий Прейскурант, и Пациент подписывает Информированное согласие на их получение.

1.3. Услуги, предоставляемые Центром Пациенту по настоящему Договору, оформляются Перечнем(нями) услуг, который(ые) является(ются) неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость услуг определяется действующим Прейскурантом на платные услуги.

1.4. Период оказания, начало течения срока оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента (законного представителя, доверенного лица законного представителя) в Центр. В случае длительного лечения, предполагающего этапность, ориентировочные сроки определяется исходя из медицинских показаний, согласовываются с Пациентом и фиксируются в его медицинской карте.

1.5. После оказания услуг Пациенту выдаются медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояния здоровья Пациента после получения медицинских услуг. Указанная информация предоставляется бесплатно.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Центр обязуется:

* проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы реабилитационных мероприятий в соответствии с предусмотренным перечнем услуг;
* оказывать качественную и квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора;
* оказывать дополнительные услуги в соответствии с Прейскурантом на платные услуги.

2.2. Центр вправе:

- привлекать соисполнителей, специализирующихся на оказании медицинских услуг.

2.3. Пациент (законный представитель) обязуется:

* предоставить необходимую достоверную информацию и сообщать врачу об имеющейся в анамнезе патологии;
* посещать врача в назначенные сроки;
* неукоснительно и добросовестно выполнять все назначения врача. За последствия невыполнения рекомендаций и отказ от проведения дополнительных обследований (и/или лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий) Центр ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем обслуживании;
* своевременно оплачивать всю фактическую стоимость полученных медицинских услуг;

2.4. Пациент (законный представитель) имеет право:

* на получение квалифицированной медицинской помощи в соответствии с требованиями в области здравоохранения.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Пациент (законный представитель, доверенное лицо законного представителя) оплачивает услуги Центра в день подписания настоящего Договора. Оплаты в Центре производятся за безналичный расчет. Оплата наличными средствами производится лично Пациентом (законным представителем, доверенным лицом законного представителя) через банковские отделения.

3.2. Центр в течение срока действия настоящего Договора оставляет за собой право изменять (пополнять или сокращать) перечень оказываемых услуг и цены по Прейскуранту.

3.3. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены самим Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя, либо другим заинтересованным физическим (юридическим) лицом. Плательщиком по настоящему Договору является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.4. Оказание медицинских услуг осуществляется только после их оплаты. По отдельным видам платных услуг оплата производится в день их предоставления.

**4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

1. Настоящий Договор является бессрочным и вступает в законную силу с даты его подписания сторонами и оплаты согласно п.3.1 настоящего Договора.
2. За нарушение Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя порядка и сроков оплаты оказанных услуг, внутреннего распорядка и режима Центра реабилитации, Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Центра реабилитации, без предварительного уведомления.
3. В случае досрочного расторжения Договора Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг и фактически понесенных Центром реабилитации расходов.

4.7. Изменение и дополнение настоящего Договора возможно по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору. Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.

1. Центр не несет ответственность перед Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя за качество оказанной услуги или времени ее исполнения, при нарушении последним своих обязанностей.
2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, которые в соответствии с действующим законодательством и программой медицинских услуг признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми. Стороны извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств своевременно.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.l. Настоящий Договор может быть расторгнут, изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ. Bсe возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой стороны.

|  |  |
| --- | --- |
| **7. РЕКВИЗИТЫ** | **СТОРОН** |
| **Пациент/Законный представитель**  **Паспорт:**  **серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес регистрации:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Реквизиты Центра:**  **Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокр. ФГБУ ЦР Минздрава России)**  Адрес местонахождения:  142190, г. Москва, г. Троицк, ул. Нагибина, д.4, стр.1.  Почтовый адрес: 108841, г. Москва, г. Троицк, ул. Нагибина, д.4, стр.1.  ИНН:5046005868 КПП:775101001,  ОГРН: 1025006039453 от 30 декабря 2002 г. Код ОПФ 75103.  Банковские реквизиты:  Наименование Банка: ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВЕ г. Москва.  БИК 004525988  Единый казначейский счет 40102810545370000003  Казначейский счет 03214643000000017300  Лицевой счет 20736Х76440  Телефон:  8(495) 841-58-17/8 (499)271-71-77  Email: info@fgbucr.ru  **Симанкова М.В.**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Экземпляр Пациента**

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_/2022**

**на оказание платных медицинских и педагогических услуг**

**г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.**

***Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства здравоохранения Российской Федерации*** (лицензия № ФС-99-01-009512 от «25» апреля 2018, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, тел. +7 (499) 578-02-20, срок действия лицензии - бессрочно; лицензия 038299 от 23 марта 2017 г., выдана Департаментом образования г. Москвы, тел. +7 (495) 366-66-80, срок действия лицензии - бессрочно), именуемое в дальнейшем «Центр», в лице Заведующей кабинетом медицинской статистики, врача-статистика Симанковой Марины Валерьевны, действующей на основании Доверенности № 1 от 10 января 2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющий(ая)ся законным представителем (доверенным лицом законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Центр обязуется в течение срока действия настоящего Договора оказывать медицинские услуги, а Пациент (законный представитель, доверенное лицо законного представителя) обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Пациенту разъясняются действующие Условия предоставления платных услуг и действующий Прейскурант, и Пациент подписывает Информированное согласие на их получение.

1.3. Услуги, предоставляемые Центром Пациенту по настоящему Договору, оформляются Перечнем(нями) услуг, который(ые) является(ются) неотъемлемой частью настоящего Договора. Стоимость услуг определяется действующим Прейскурантом на платные услуги.

1.4. Период оказания, начало течения срока оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента (законного представителя, доверенного лица законного представителя) в Центр. В случае длительного лечения, предполагающего этапность, ориентировочные сроки определяется исходя из медицинских показаний, согласовываются с Пациентом и фиксируются в его медицинской карте.

1.5. После оказания услуг Пациенту выдаются медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояния здоровья Пациента после получения медицинских услуг. Указанная информация предоставляется бесплатно.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Центр обязуется:

* проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы реабилитационных мероприятий в соответствии с предусмотренным перечнем услуг;
* оказывать качественную и квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора;
* оказывать дополнительные услуги в соответствии с Прейскурантом на платные услуги.

2.2. Центр вправе:

- привлекать соисполнителей, специализирующихся на оказании медицинских услуг.

2.3. Пациент (законный представитель) обязуется:

* предоставить необходимую достоверную информацию и сообщать врачу об имеющейся в анамнезе патологии;
* посещать врача в назначенные сроки;
* неукоснительно и добросовестно выполнять все назначения врача. За последствия невыполнения рекомендаций и отказ от проведения дополнительных обследований (и/или лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий) Центр ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем обслуживании;
* своевременно оплачивать всю фактическую стоимость полученных медицинских услуг;

2.4. Пациент (законный представитель) имеет право:

* на получение квалифицированной медицинской помощи в соответствии с требованиями в области здравоохранения.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Пациент (законный представитель, доверенное лицо законного представителя) оплачивает услуги Центра в день подписания настоящего Договора. Оплаты в Центре производятся за безналичный расчет. Оплата наличными средствами производится лично Пациентом (законным представителем, доверенным лицом законного представителя) через банковские отделения.

3.2. Центр в течение срока действия настоящего Договора оставляет за собой право изменять (пополнять или сокращать) перечень оказываемых услуг и цены по Прейскуранту.

3.3. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены самим Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя, либо другим заинтересованным физическим (юридическим) лицом. Плательщиком по настоящему Договору является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.4. Оказание медицинских услуг осуществляется только после их оплаты. По отдельным видам платных услуг оплата производится в день их предоставления.

**4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

1. Настоящий Договор является бессрочным и вступает в законную силу с даты его подписания сторонами и оплаты согласно п.3.1 настоящего Договора.
2. За нарушение Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя порядка и сроков оплаты оказанных услуг, внутреннего распорядка и режима Центра реабилитации, Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Центра реабилитации, без предварительного уведомления.
3. В случае досрочного расторжения Договора Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг и фактически понесенных Центром реабилитации расходов.

4.7. Изменение и дополнение настоящего Договора возможно по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений к Договору. Дополнительные соглашения к Договору являются неотъемлемой частью и вступают в силу с даты подписания Сторонами.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.

1. Центр не несет ответственность перед Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя за качество оказанной услуги или времени ее исполнения, при нарушении последним своих обязанностей.
2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, которые в соответствии с действующим законодательством и программой медицинских услуг признаны сторонами чрезвычайными и непреодолимыми. Стороны извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств своевременно.

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.l. Настоящий Договор может быть расторгнут, изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ. Bсe возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой стороны.

|  |  |
| --- | --- |
| **7. РЕКВИЗИТЫ** | **СТОРОН** |
| **Пациент/Законный представитель**  **Паспорт:**  **серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес регистрации:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Реквизиты Центра:**  **Федеральное государственное бюджетное учреждение Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокр. ФГБУ ЦР Минздрава России)**  Адрес местонахождения:  142190, г. Москва, г. Троицк, ул. Нагибина, д.4, стр.1.  Почтовый адрес: 108841, г. Москва, г. Троицк, ул. Нагибина, д.4, стр.1.  ИНН:5046005868 КПП:775101001,  ОГРН: 1025006039453 от 30 декабря 2002 г. Код ОПФ 75103.  Банковские реквизиты:  Наименование Банка: ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВЕ г. Москва.  БИК 004525988  Единый казначейский счет 40102810545370000003  Казначейский счет 03214643000000017300  Лицевой счет 20736Х76440  Телефон:  8(495) 841-58-17/8 (499)271-71-77  Email: info@fgbucr.ru  **Симанкова М.В.**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Информированное добровольное согласие**

**на получение платных медицинских и педагогических услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся(аяся) законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый(мая) в дальнейшем «законный представитель», желаю получить платные медицинские и/или педагогические услуги в ФГБУ ЦР Минздрава России, при этом мне разъяснено и осознано следующее:

1​. Я (законный представитель), получил от работников ФГБУ ЦР Минздрава России полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ФГБУ ЦР Минздрава России, в рамках программ государственных гарантий, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2​ Я (законный представитель) выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как мной рассмотрены различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программ государственных гарантий.

3​ Я (законный представитель) ознакомлен с действующим Прейскурантом и Порядком предоставления платных услуг и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с прейскурантом.

4​ Мне (законному представителю) разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

5.​ Я (законный представитель) удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мной (законным представителем) после проведения предварительной беседы.

**Законный представитель:**

Паспорт: серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(подпись заказчика) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.