РАСПИСКА – УВЕДОМЛЕНИЕ
(в соответствии с п. 6 и 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006)

Я, гражданин (ка) Российской Федерации_____, настоящим подтверждаю, до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя медицинского работника ООО «Вита Бревис» (Галерея красоты by Kseniya Plotnikova), 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. Кроме того, я уведомлен(а) 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 (соответствующая информация указана в Постановлении Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»).

Я, гражданин (ка) Российской Федерации_____, настоящим уведомляю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг ознакомлен (а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 №1006.

Подпись Пациента_____

Договор №_____
на оказание платных медицинских услуг

г. Новосибирск «_____»_____ 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Вита Бревис» (Галерея красоты by Kseniya Plotnikova), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Стратович Ксении Игоревны, действующего на основании устава, с одной стороны и Гражданин (ка) Российской Федерации_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги согласно Прейскуранту медицинских услуг (далее – Прейскурант), действующему в момент обращения Пациента за услугой и являющимся общедоступным для ознакомления по месту нахождения Исполнителя: г.Новосибирск, ул. Кузьмы Минина, д.9, а Пациент обязуется оплатить Исполнителю, оказанные услуги в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент обращения.

Перечень и сроки предоставляемых медицинских услуг определяются медицинскими показаниями с учетом особенностей здоровья, организма, состояния Пациента, хода проведения услуг и др., и отражаются в документах первичного медицинского учета.

Перечень медицинских услуг, их стоимость определяются Соглашением об определении перечня оказываемых услуг и их стоимости, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2.Перечень медицинских услуг может быть изменен в связи с необходимостью продления сроков лечения Пациента, увеличения фактических затрат на лечение, проведением дополнительных по медицинским показаниям и в силу других обстоятельств, вызвавших увеличение объема оказываемых Пациенту медицинских услуг. В этом случае Стороны оформляют дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Медицинские услуги оказываются согласно режиму работы Исполнителя. Время и дата оказания медицинских услуг согласовываются Пациентом и Исполнителем заранее и в соответствии с рекомендациями врача.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Пациенту услуги по оказанию платной медицинской помощи в соответствии с настоящим договором.

2.1.2. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи для выполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.3. Информировать Пациента о состоянии его здоровья, включая сведения о предполагаемых и необходимых обследованиях, результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах альтернативного лечения и последствиях медицинского вмешательства, о предполагаемом плане лечения, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, процедурах и манипуляциях

2.1.4. Поставить Пациента в известность о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и (или) возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну Пациента, правила этики и деонтологии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять схемы и объемы обследований, лечения, манипуляций, необходимых Пациенту.

2.2.2. Осуществлять замену лечащего врача Пациента по объективным причинам (отпуск, болезнь, командировка, увольнение и т.д.).

2.2.3. Отказать в приеме в случае алкогольного, наркотического или токсического опьянения Пациента, а также в иных случаях, когда действия Пациента представляют угрозу здоровью и (или) жизни персонала.

2.2.4. При выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать Пациенту в проведении соответствующих медицинских услуг.

2.2.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении Пациентом правил внутреннего распорядка Исполнителя, назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушении режима работы Исполнителя.

2.2.6. Приступить к оказанию услуг по настоящему Договору только после подписания Пациентом информированного добровольного согласия на проведение согласованных процедур (манипуляций).

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Для получения эффективного лечения своевременно и в полном объеме выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, а также сообщать лечащему врачу:

- сведения о своем здоровье, перенесенных и имеющихся заболеваниях;
- о случаях переливания донорской крови и (или) ее компонентов, а также лечения препаратами, приготовленными на основе компонентов донорской крови;
- о контакте с инфекционными больными;
- о ранее принимаемых лекарственных препаратах, в т.ч. в форме инъекций.

2.3.2. Производить оплату оказанных Исполнителем медицинских услуг в полном объеме и в установленные настоящим договором сроки согласно Прейскуранту, действующему в момент обращения Пациента.

2.3.3. Заблаговременно информировать администратора ООО «Вита Бревис» (Галерея красоты by Kseniya Plotnikova), о невозможности явиться на прием к специалисту.

2.4. Пациент вправе:

2.4.1. Получить квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с настоящим договором.

2.4.2. Получить заключения с указанием результатов проведения лечебных мероприятий, исследований и необходимых рекомендаций, а также выписку из амбулаторной карты, содержащую диагноз, перечень оказанных лечебно-диагностических, лабораторных и консультативных услуг, рекомендованное лечение. Выписку из амбулаторной карты производит по просьбе Пациента его лечащий врач, главный врач, а в их отсутствие - иной специалист (врач), работающий по

аналогичному профилю. Выписка из амбулаторной карты производится в сроки с учетом занятости соответствующих специалистов. Выдача амбулаторной карты на руки Пациенту не выдается.

2.4.3. Получить информацию о профессиональной деятельности Исполнителя, а также информацию о предоставляемых Исполнителем услугах, объеме, стоимости и результатах предоставляемых услуг, ознакомиться с оригиналом медицинской карты.

2.4.4. Расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке до истечения срока его окончания при условии полной оплаты Исполнителю ранее оказанных медицинских услуг.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент обращения Пациента и дополнительным соглашением об определении перечня оказываемых медицинских услуг, их стоимости, являющимся неотъемлемой часть настоящего договора.

3.2. Исполнитель имеет право до подписания Пациентом Соглашения об определении перечня оказываемых услуг пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, вводить дополнительные услуги по новым методикам.

Данная информация является общедоступной и размещается по месту оказания медицинских услуг Исполнителя: 630047, г. Новосибирск, ул. Кузьмы Минина, д.9.

3.3. Стоимость услуги Пациент оплачивает в кассу Исполнителя в течение 1 календарного дня после получения услуги, за исключением случаев, указанных в п. 3.4. настоящего договора. Факт оплаты услуги Пациентом подтверждается соответствующим контрольно-кассовым чеком.

3.4. В исключительных случаях, по некоторым видам услуг, Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять порядок оплаты медицинских услуг. В этом случае Пациент письменно/устно уведомляется о соответствующих изменениях при очередном посещении медицинской организации.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбора метода лечения.

4.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

- возникновения осложнений по вине Пациента, в т. ч. за последствия, возникшие в результате не выполнения рекомендаций и требований лечащего врача либо предоставления Пациентом недостоверной, неполной, либо несвоевременной информации о состоянии своего здоровья (в т. ч. информации, указанной в п. 2.3.1 настоящего Договора);
- возникновения аллергической реакции и/или непереносимости лекарственных препаратов и материалов, разрешенных к практике и ранее не вызывавших аналогичных реакций у Пациента.

5. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. Внесение любых изменений и дополнений в настоящий договор, а также досрочное расторжение настоящего договора решается сторонами путем переговоров, результаты которых оформляются в письменной форме в виде дополнительного соглашения к настоящему договору, подписываемого обеими сторонами.

5.2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- по инициативе Пациента при условии полной оплаты Исполнителю ранее оказанных услуг;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- в случае прекращения деятельности, ликвидации или реорганизации Исполнителя;
- в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Все приложения, дополнения, и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны Пациентом и уполномоченным представителем Исполнителя.

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

6.3. Все неурегулированные настоящим Договором вопросы регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Пациент согласен на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе слайдов, фотографий, моделей и т.д. для тиражирования, изучения другими медицинскими работниками, для учебных или научных целей в публикациях, на медицинских конференциях и т.д., при условии отсутствия возможности идентифицировать личность Пациента.

Подпись Пациента_____

6.5. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности: Лицензия №ЛО-54-01-004455 от 24.07.2017 г. выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области (г. Новосибирск, Красный проспект, 18, т. (383) 222-15-61) и действует бессрочно. Номенклатура работ и услуг в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. №121н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ РАБОТ (УСЛУГ) ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ), СКОРОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ), ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ И САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ (ПЕРЕСАДКЕ) ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ, ОБРАЩЕНИИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ»: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу и действует с момента его подписания Сторонами и действует в течение 1 (Одного) года.

7.2. В случае, если ни одна из Сторон не заявила о своем намерении прекратить договорные отношения, настоящий Договор считается пролонгированным на тот же срок и на тех же условиях.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ

8.1. Стороны берут на себя обязательства о неразглашении по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора.

8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

8.3. Конфиденциальной информацией признается информация:

-о форме и содержании настоящего договора;

-сведения о заболеваниях Пациента и проводимых диагностических исследованиях, процедурах, манипуляциях, лечении, ло ценах и выплатах за услуги, оказанные Исполнителем Пациенту.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Вита Бревис»
630047, г. Новосибирск, ул. Кузьмы Минина, д.9, пом. 1-9
ИНН 540202807 **КПП** 540201001
р/с 40702810244050019657 в ПАО «Сбербанк» г. Новосибирск
БИК 045004641 к/с 30101810500000000641
тел. +7913-706-15-15
E-mail: 7gulya@mail.ru

Ген. директор _____ К.И. Стратович
М.П.

Пациент: _____
Дата рождения: _____
Место регистрации:_____
_____
Паспорт:_____ выдан _____
_____
Телефон:_____
Адрес электронной почты:_____

_____ /_____/

ГАЛЕРЕЯ КРАСОТЫ
by Kseniya Plotnikova

Приложение № 1 к настоящему договору №_____
от «_____» _____ 2019 г.

630047, г. Новосибирск,
ул. Кузьмы Минина, д. 9, помещения 1-9

«___»_____ 2019 г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, именуемая в дальнейшем «Субъект персональных данных», дает свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Вита Бревис» (ООО «Вита Бревис»), именуемое в дальнейшем «Оператор персональных данных», в лице Генерального директора Стратович Ксении Игоревны, действующего на основании Устава, обработку персональных данных в пункте 2 настоящего согласия на следующих условиях:

1. В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных дает свое согласие на обработку своих персональных данных с целью:
-исполнения трудового договора;
-для обеспечения личной безопасности, защиты жизни и здоровья работника;
-в целях ведения финансово-хозяйственной деятельности организации;
-иное (необходимо указать)
_____

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (нужное подчеркнуть):
- фамилия, имя, отчество;
- пол, возраст;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- данные о диагнозе;
- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым законодательством;
- отношение к воинской обязанности;
- СНИЛС;
- ИНН.
_____

3. Оператор вправе осуществлять следующие действия с указаниями выше персональных данных путем автоматизированной обработки и обработки без использования автоматизации (нужно подчеркнуть):
-сбор;
-систематизацию;
-накопление;
-хранение;
-уточнение (обновление, изменение);
-использование;
-распространение/передачу;
-уничтожение;
-иное (необходимо точное указание):
_____

4. Субъект персональных данных имеет право на доступ к его персональным данным в порядке, определенном статьей 14 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152 «О персональных данных».
5. Срок действия данного согласия устанавливается на период с 01.02.2019 г. и действует бессрочно и прекращает свое действие с расторжение трудового договор №12к от 01.02.2019 г.
6. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.
7. Данные об «Операторе персональных данных»: **ООО «Вита Бревис»,** ИНН 5402022807 КПП 540201001, ОГРН 1165476154370,
Место нахождения: 630047, г. Новосибирск, ул. Кузьмы Минина, д. 9, помещения 1-9.
8. Субъект персональных данных: _____
паспорт _____выдан_____
_____
«_____»_____ 2019 г. _____
(ФИО, подпись)

ГАЛЕРЕЯ КРАСОТЫ
by Kseniya Plotnikova

Приложение № 2 к настоящему договору №_____
от «_____» _____ 2019 г.

АНКЕТА О МОЕМ ЗДОРОВЬЕ

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на СПИД	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают ли длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Диарея (поносы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечалась ли потеря веса в последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы донором	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:		
* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфанилимиды	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ
* на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в _____году	ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

_____

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

«____» _____20__ г. Подпись пациента_____(_____)

ГАЛЕРЕЯ КРАСОТЫ
by Kseniya Plotnikova

Приложение № 3к настоящему договору №_____
от «_____» _____ 2019 г.

Соглашением об определении перечня оказываемых услуг и их стоимости

г. Новосибирск «_____»_____ 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Вита Бревис» (Галерея красоты by Kseniya Plotnikova), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Стратович Ксении Игоревны, действующего на основании устава, с одной стороны и Гражданин (ка) Российской Федерации_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем и на основании выбранного Пациентом варианта лечения из представленных ему Исполнителем.

.

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок оказания услуги	Место оказания услуги, ответственное лицо (должность и (или) Ф.И.О.)	Стоимость услуги
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Рекомендации для Пациента: _____
_____
_____
_____

Подписи Сторон

Исполнитель:

Генеральный директор _____ /К.И. Стратович/
М.П.

Пациент:

_____/_____/
(ФИО) (подпись)