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

на оказание платных медицинских услуг (ортопедическая стоматология)

г. Апатиты Мурманская область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_года

Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Апатитская стоматологическая поликлиника» (далее – ГОАУЗ «СП»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Солодкой Ольги Евгеньевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе

1.1. Юрид. адрес: 184209, Мурманская обл., г. Апатиты, ул. Ленина, д. 28., тел. (81555) 6-14-74, 8(964) 680-15-64 , e-mail: [stomatolog.5155@mail.ru](mailto:stomatolog.5155@mail.ru), адрес сайта: <http://ap-stom.ru/>, режим работы учреждения: пн-пт 08:00-20:00, сб 09:00-15:00, вск — вых. (режим работы отделения, в котором оказывается платная услуга может отличаться, информация доводится дополнительно под подпись Пациента).

1.2. Зарегистрировано 02.10.2002 в ЕГРЮЛ в УФНС России по Мурманской области в г. Мурманске: 183038, г. Мурманск, ул. Комсомольская, д. 4, ОКАТО 47405000000, ОКПО 22607406.

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01163-51/00334686 от 25.09.2019, выдана Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский 1, тел. 8-(8152) 486-138) на срок (бессрочно).

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности по адресу184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Ленина, дом 28: 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: гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденному в установленном законом порядке, в пределах возможностей ГОАУЗ «Апатитская СП», а Потребитель обязуется в соответствии с разделом 4 настоящего Договора оплатить оказанные медицинские услуги, стоимость которых определена Приложением № 2 «Заказ-наряд», являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, рассчитанного на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта платных услуг и согласованного с Потребителем плана лечения.

2.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на виды медицинского вмешательства, заполненного и подписанного Потребителем, после ознакомления Потребителя с информацией, перечисленной в Приложении № 1 «Уведомление», которая размещена на интернет сайте ГОАУЗ «Апатитская СП», на информационном стенде (стойке), находится в печатном виде в регистратуре и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГОАУЗ «Апатитская СП» (о чем свидетельствует подпись в Приложении № 1 «Уведомление»).

2.1.2. Услуги оказываются специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в помещении ГОАУЗ «Апатитская СП», на оборудовании и материалами ГОАУЗ «Апатитская СП» в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения (отражается в медицинской карте).

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги (комплекс медицинских услуг): провести осмотр, диагностику, на основании установленного диагноза составить план стоматологического лечения, проинформировать о стоимости медицинских услуг Потребителя.

3.1.2. До начала оказания услуги извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза и назначения плана лечения для Потребителя.

3.2.2. Отказать в оказании медицинской стоматологической услуги, если это не соответствует требованиям технологии и может вызвать неблагоприятные последствия для Потребителя, с записью отказа в амбулаторную карту.

3.2.3. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для оказания платных стоматологических услуг.

3.2.4. Отказать в обслуживании Потребителю с признаками нахождения в алкогольном, токсическом или наркотическом опьянении или нахождение в состоянии здоровья, препятствующего проведению стоматологического лечения (медицинского вмешательства), либо пациенту, нарушающему правила поведения в учреждении.

3.2.5. Отказать Потребителю в оказании услуг в случае совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей ГОАУЗ «Апатитская СП».

3.2.6. Перенести срок оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. До заключения настоящего Договора ознакомиться с информацией, отраженной в п. 2.1.1 и Приложении № 1 «Уведомление» Договора.

3.3.2. Оплатить медицинские услуги, согласно Приложению № 2, в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, оказывающему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных до обращения к Исполнителю (при их наличии). Сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, принимаемых лекарственных препаратах на постоянной основе и/или принятых накануне приема, о перенесенных заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях.

3.3.4. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.6. Соблюдать дату и время явки на прием. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенной явки, оповестить Исполнителя по телефону в регистратуру структурного подразделения, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств в письменной форме.

3.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. Стоимость затраченных расходных материалов уплачивается Потребителем в бесспорном порядке.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется Приложением № 2 «Заказ-наряд», рассчитанному в соответствии с действующим на дату составления плана лечения Потребителя Прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласованным Потребителем планом лечения (что подтверждается подписью Потребителя в «Заказ-наряде»).

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала оказания медицинских услуг в размере не менее 20% полной стоимости в качестве предоплаты в кассу ГОАУЗ «Апатитская СП», окончательный расчет за выполненные услуги по ортопедической стоматологии производится в день установки ортопедической конструкции и подписания акта оказанных услуг Потребителем без замечаний.

5. Гарантийные обязательства и ответственность Сторон

5.1. Гарантийные обязательства предоставляются в соответствии с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ГОАУЗ «Апатитская СП» (далее -Положение).

Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей зубопротезирования Пациента и составляют: Гарантийный срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Срок службы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.2. В отдельных сложных случаях, при согласии пациента, стоматологическая услуга может быть оказана без гарантированного положительного результата. На такие случаи гарантия не распространяется, о чем пациент предупреждается до начала оказания услуг и дает согласие по форме, установленной Приложением № 1 к Положению.

5.3. Стороны несут ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения обязательств по настоящему Договору при наличии доказанной вины.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика посещений; отказа от услуг, невыполнение/отказ от рекомендаций, назначенных специалистом Исполнителя.

5.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Договор вступает в силу с даты его заключения и действует до окончания оказания медицинских услуг, согласно плана лечения и определяется последней датой оказания медицинской услуги в Приложении № 1 и подписанием Потребителем акта оказанных услуг без замечаний.

6.2. Любая договоренность между Сторонами оформляется в письменном виде.

6.3. Разногласия и споры рассматриваются в порядке, установленном законодательством.

6.4. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.4.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством.

7. Заключительные положения

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. В случае, если внесение оплаты по настоящему Договору производится третьей Стороной, именуемой Заказчик, изготавливается третий экземпляр с заполнением реквизитов Заказчика дополнительного в п. 8. При этом Условия раздела 4

и 5 в равной степени распространяются на Заказчика и Потребителя.

8. Реквизиты и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  ГОАУЗ «Апатитская СП»  Юридический и почтовый адрес: 184209, Мурманская область, г. Апатиты ул. Ленина дом 28  ИНН 5101700706 КПП 511801001  ОГРН 1025100508267  Тел. (81555) 6-14-74, 8(964) 680-15-64, Факс 8(81555) 6-14-01  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Солодкая О.Е.  М.П. | Потребитель /Заказчик  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Конт. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иные сведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к договору от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения Договора мною изучена и по моему запросу до меня в доступной форме доведена следующая информация:

1. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

2. Клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи (размещены на сайте);

3. Информация об Исполнителе, его Учредителе и контролирующих органах (юридические сведения и контакты);

4. Положение о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГОАУЗ «Апатитская СП»;

5 Положение о гарантийных сроках, сроках службы и сроках годности на стоматологические услуги и работы, производимые ГОАУЗ «Апатитская СП»;

6. Действующий Прейскурант цен на платные медицинские услуги с указанием цен в рублях;

7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности, виды медицинской деятельности;

8. Информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг, их профессиональном образовании и квалификации, график работы;

9. Виды платных медицинских услуг, методы и виды медицинского вмешательства, связанные с ними риски;

10. Сроки ожидания оказания платных услуг, режим работы учреждения и отделения, в котором оказываются платные услуги;

11. Проект договора на оказание платных услуг в ГОАУЗ «Апатитская СП»;

12. В соответствие со ст. 10 постановления Правительства от 11.05.2023 № 736 медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи);

13. О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания.

14. Уведомляем Потребителя о том, что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГОАУЗ «Апатитская СП», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;

- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Потребителя аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения;

могут снизить качество предоставляемых ГОАУЗ «Апатитская СП» платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

ГОАУЗ «Апатитская СП» уведомляет о том, что Потребитель может воспользоваться мерой социальной поддержки и получить компенсацию затраченных на зубопротезирование средств, в случае получения до заключения настоящего Договора Сертификата в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 11.08.2023 № 582-ПП «Об утверждении положения о возмещении расходов на изготовление зубных ортопедических конструкций любой сложности отдельным категориям граждан».

15. О том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г

Приложение № 2

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ГОАУЗ «Апатитская СП»

Заказ-наряд № \_\_\_ Дата наряда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место раб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зубн. Техник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по прейскуранту | Наименование услуги | Цена | Кол-во | Стоимость |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Итого по наряду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласовано с пациентом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Получен аванс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Получено в окончательный расчет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Квитанция № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работу вып. зуб. Техник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работу сдал врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сдача работ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата)

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** Главный врач ГОАУЗ «Апатитская СП»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Е. Солодкая  м.п. |

**г.Апатиты Мурманская область «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

**АКТ**

**оказанных услуг к договору № от « » 202\_\_ г.**

**(Заказ-наряд № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.)**

Мы, нижеподписавшиеся, от ПОТРЕБИТЕЛЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, от ИСПОЛНИТЕЛЯ главный врач государственного областного автономного учреждения здравоохранения «Апатитская стоматологическая поликлиника» Солодкая Ольга Евгеньевна с другой стороны, составили акт о нижеследующем:

1. Оказание ортопедических у слуг на сумму: руб. (прописью)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код**  **услуги** | **Наименование услуги** | **Цена** | **Количество** | **Итого** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |  |

1. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с ПОТРЕБИТЕЛЕМ медицинских услуг и отвечают требованиям Договора.
2. Услуги выполнены качественно, в полном объеме и в установленные сроки. ПОТРЕБИТЕЛЬ претензий к ИСПОЛНИТЕЛЮ не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** Главный врач ГОАУЗ «Апатитская СП»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Е. Солодкая  м.п. |