Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» и Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, 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 здоровья Потребителя (Заказчика).

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_г

 (подпись) (расшифровка подписи)

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Горно-Алтайск «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (сокращенное наименование - БУЗ РА «ЦОЗиМП»),именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,в лице главного врача Кучуковой Веры Федоровны, действующего на основании Устава, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай от 7 декабря 2020 года №207-од, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия Имя Отчество, дата рождения)

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

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, где и когда выдан)

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

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

(адрес места жительства)

действующий в интересах несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Фамилия Имя Отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность (паспорт/свидетельство о рождении) серия, номер, где и когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

(адрес места жительства)

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю Лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются Сторонами на основании ст.429 Гражданского Кодекса РФ.

Наименование и стоимость оказываемых платных медицинских услуг, определены в таблице:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Код услуги | Наименование услуги | Стоимость за ед. (руб.) | Количество | Общая стоимость (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО |  |

* 1. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий Договор Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.
	2. Сведения о лицензии БУЗ РА «ЦОЗиМП» на осуществление медицинской деятельности:

 Лицензия № Л041-01169-04/00364970 от 02.03.2020г., выдана Министерством здравоохранения Республики Алтай, находящемуся по адресу: г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, д.54, тел.: 8(388-22) 22-0-78, срок действия – бессрочно.

* 1. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 649000, г. Горно-Алтайск, ул. Ленкина, д.2.
	2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.
	3. «Потребитель» подтверждает, что до заключения договора «Исполнитель» предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

 - ОГРН №1190400000340 (Управление Федеральной налоговой службы по Республике Алтай, адрес: г. Горно-Алтайск, ул. Чорос-Гуркина, д.40), свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту нахождения от 25.01.2019 года ИНН №0400010130 (Управление Федеральной налоговой службы по Республике Алтай, адрес: г. Горно-Алтайск, ул. Чорос-Гуркина, д.40);

- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя - cozmp@med04.ru;

* порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
* информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);
* ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
* уведомил о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях
* уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».
	1. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора составляют ориентировочно 5 рабочих дней.
	2. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя» (законного представителя Потребителя). Информированное добровольное согласие заполнено Потребителем/Заказчиком и вклеено в медицинскую документацию (медицинскую карту, историю болезни).
1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
	1. **«Потребитель» обязан:**
		1. оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги, перечень которых указан в пп.1.1. согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора,
		2. предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем» (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия;
		3. во время нахождения на территории «Исполнителя» выполнять Правила внутреннего распорядка, установленные «Исполнителем», если они не ограничивают его права по действующему законодательству и настоящему Договору;
		4. выполнять назначения специалистов «Исполнителя», за исключением случаев, указанных в п.п. 2.5.4. настоящего Договора:
		5. при первой возможности информировать специалистов «Исполнителя» о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого;
		6. при предоставлении медицинских услуг сообщать «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия;
		7. отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотических средств и лекарств, их содержащих, а также психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков;
		8. соблюдать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории «Исполнителя», правила поведения пациента в медицинской организации, внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
		9. соблюдать режим лечения, график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
	2. **«Исполнитель» обязан:**
		1. ознакомить «Потребителя» с выпиской из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности;
		2. согласовать с «Потребителем» объем обследования его здоровья;
		3. оказать «Потребителю» платные медицинские услуги в соответствии с перечнем оказываемых «Потребителю» платных медицинских услуг, качество которых не может быть ниже стандартов качества медицинской помощи, если они установлены для субъекта РФ, где оказываются услуги. В случае отсутствия стандартов, качество услуг не может быть ниже, чем обычно применяемые в современной медицине;
		4. поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг;
		5. вести учет услуг, оказанных «Потребителю»;
		6. вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья «Потребителя», в установленном законодательством РФ порядке;
		7. хранить медицинскую отчетность, касающуюся состояния здоровья Заказчика, в установленные законом и нормативными актами порядке и сроки;
		8. обеспечить режим конфиденциальности при обращении «Потребителя» за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с общепринятыми требованиями, направленными на сохранение врачебной тайны;
	3. Обязательства одной Стороны дают другой Стороне право требовать исполнения этих обязательств в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством.
	4. **«Исполнитель» вправе:**
		1. отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья потребителя;
		2. отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя;
		3. требовать от Потребителя предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.
	5. **«Потребитель» имеет право:**
		1. на охрану своего здоровья и медицинскую помощь;
		2. досрочно расторгнуть настоящий Договор, предупредив об этом «Исполнителя», не менее чем за два рабочих дня до выхода из Договора, осуществив при этом окончательный расчет за услуги «Исполнителя»;
		3. требовать предоставление услуг надлежащего качества, получать информацию о предоставляемых услугах и о результатах оказания услуг;
		4. отказаться от медицинских услуг специалистов «Исполнителя», если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье. В этом случае Заказчик при первой возможности сообщает специалистам «Исполнителя» о своем отказе и его причинах;
		5. получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников БУЗ РА «ЦОЗиМП»; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках;
		6. получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу;
		7. Потребитель имеет и другие права , предусмотренные законодательством.
2. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ
	1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов )платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора;
	2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования излечения, стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия «Потребителя», «Исполнитель» не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору;
	3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется «Потребителем» до начала их оказания (наличными денежными средствами, безналичным расчетом) в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя» в валюте Российской Федерации (рубли). «Потребителю» (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, установленного образца.
3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
	2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	3. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объёме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления «Потребителем» неполной информации о своем здоровье.
	4. «Потребитель» (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.
	5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.
4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА
	1. Любая Договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
	2. Настоящий Договор может быть расторгнут в случае отказа «Потребителя» после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, при этом «Потребитель» (Заказчик) оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
	3. В случае расторжения договора, неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору «Исполнитель» обязуется вернуть «Потребителю» («Заказчику») сумму за вычетом стоимости уже выполненных услуг, на основании заявления «Заказчика» в течение 10 дней.
5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ, ПРЕТЕНЗИИ СТОРОН
	1. Все споры между сторонами, возникшие в процессе исполнения настоящего договора, решаются путем переговоров и в претензионном порядке, а в случае отсутствия соглашения - в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	2. Все претензии оформляются в письменном виде. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту исполнителя: cozmp@med04.ru. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 10 (десять) рабочих дней с даты их получения.
6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
	1. Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающая состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых, при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях выдается Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.
	2. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения Договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

 В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

1. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1 В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» каждая из сторон настоящего договора обязуется обеспечивать конфиденциальность полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения.

8.2. Сторона, получающая конфиденциальную информацию, должна обеспечить защиту этой информации от несанкционированного использования, распространения или публикации.

1. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
	1. Договор, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны. В случае, если настоящий Договор заключается между «Исполнителем» и «Заказчиком» в пользу «Потребителя», то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Заказчика», третий у «Потребителя».
	2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 60 календарных дней, а в части исполнения обязательств - до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору.
	3. Сроки, которые не регулируются действующим законодательством и нормативными актами РФ, но установлены настоящим Договором, действуют в соответствии с настоящим Договором.

**10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **«ПОТРЕБИТЕЛЬ» («ЗАКАЗЧИК»):**ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные документа, удостоверяющего личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (подпись) (расшифровка подписи) | **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»:**Бюджетное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики»» (БУЗ РА «ЦОЗИМП»)Электронный адрес: cozmp@med04.ru649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск ,ул. Минфин РА (БУЗ РА «ЦОЗИМП») л/с 20776Ъ36120ИНН/КПП 0400010130/040001001Р/счет 03224643840000007700К/счет 40102810045370000071ОТДЕЛЕНИЕ–НБ РЕСПУБЛИКА АЛТАЙ БАНКА РОССИИ // УФК по Республике Алтай, г. Горно-АлтайскБИК 018405033ОКТМО 84701000КБК 00000000000000000510Главный врач Кучукова Вера Федоровна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/В.Ф.Кучукова/М.п. |