**ООО «Центр лучевой диагностики Дмитрия Рогацкина»**

193231, г. Санкт-Петербург, ул. Подвойского, д. 26, к. 3

Тел.: 8 (812) 986-61-69

8 (962) 686-61-69

[www.x-rdv.ru](http://www.x-rdv.ru)

До заключения договора «Исполнитель» уведомляет «Потребителя» («Пациента») о том, что несоблюдение или невыполнение указаний и рекомендаций медицинских работников «Исполнителя» может снизить качество предоставляемой медицинской услуги и/или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, а также уведомляет «Потребителя» («Пациента») о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Договор оказания платных медицинских услуг по рентгенологии №**

**г. Санкт-Петербург Дата:**

Общество с ограниченной̆ ответственностью «Центр лучевой диагностики Дмитрия Рогацкина»,именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Рыбальченко Д.С., действующей на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-78-01-007080, выданной Комитетом по Здравоохранению Санкт-Петербурга бессрочно, на основании решения лицензирующего органа – приказа №1647-II от 22.08.2016 (адрес: г.Санкт-Петербург, ул. Подвойского, д. 26 к.3) при оказании первичной **доврачебной** медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях **по рентгенологии**; при оказании **первичной специализированной медико-санитарной помощи** в амбулаторных условиях по **рентгенологии**, с одной стороны, и «Пациент» («Заказчик»)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с другой стороны, заключили настоящий договор на оказание медицинских услуг о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1 Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Настоящий договор составлен в соответствии с ППРФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Законом РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ №2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей», ГК РФ. Настоящий Договор и иные документы, являющиеся его неотъемлемыми частями, составлены по единой форме для всех «Пациентов» при оказании «Исполнителем» платных медицинских услуг по рентгенологии.

1.2 «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платные медицинские услуги при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по рентгенологии (далее - услуги по доврачебной рентгенологии) и/или услуги при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по рентгенологии (далее – услуги по врачебной рентгенологии), а также (при необходимости) – технические услуги в отношении полученных при доврачебной помощи по рентгенологии медицинских данных, а «Пациент» – принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.3 Медицинские услуги по доврачебной рентгенологии выполняются ***при наличии у «Пациента» направления от лечащего врача***. Сроки оказания услуг – в день, указанный при предварительной записи. Результатом оказания услуг по доврачебной рентгенологии являются данные рентгенологического исследования (на цифровом или печатном носителе) и выдается пациенту на руки после проведения исследования. Анализ полученных данных исследования и их оценку проводит лечащий врач «Пациента». Оплата за услуги по доврачебной рентгенологии осуществляется по факту их оказания.

1.3.1 При самообращении «Пациента» *(отсутствии у «Пациента» направления от лечащего врача)* медицинские услуги не выполняются (СанПиН 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности ОСПОРБ-99/2010», Статья 4, п. 17).

1.3.2 *При обращении «Пациента» без направления от лечащего врача для контрольного исследования*, когда такое было предусмотрено в первичном направлении, исследование может быть проведено по решению медицинского персонала «Исполнителя» (врача-рентгенолога).

1.3.3 *При утрате направления от лечащего врача* персонал «Исполнителя» в исключительных случаях имеет право (по решению врача-рентгенолога) связаться с лечащим врачом «Пациента» и по согласованию с ним выписать дубликат направления.

1.4 Медицинские услуги по врачебной рентгенологии являются отдельной самостоятельной услугой и выполняются ***только*** при наличии у «Пациента» направления от лечащего врача, ***только*** на основании данных услуг «Исполнителя» по доврачебной рентгенологии, а также ***только*** при предоставления лечащим врачом «Пациента» дополнительной клинической информации о состоянии здоровья «Пациента» (с обязательным формулированием клинической задачи к исследованию). Данные услуги оказываются «Исполнителем» отсрочено: в течение 2-5 рабочих дней после проведения исследования. Результатом оказания услуг по врачебной рентгенологии является их анализ в виде описания данных исследования и/или диагностическое врачебное заключение и/или визуализация медицинских данных. Результаты оказания врачебных услуг могут быть предоставлены «Пациенту») в месте оказания услуги (при предварительном согласовании их готовности) б) предоставлены лечащему врачу «Пациента», указанному в направлении и информированном согласии на оказание медицинских услуг по электронным каналам связи. Оплата за услуги по врачебной рентгенологии осуществляется в виде аванса или по факту их оказания на усмотрение «Исполнителя».

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

«Пациент» и «Исполнитель» имеют все права и обязанности, предусмотренные законами и нормативными актами, перечисленными в пункте 1.1. настоящего Договора, а также:

2.1 «Исполнитель» обязан: получить добровольное информированное согласие «Пациента» на оказание медицинских услуг; получить от «Пациента» направление на оказание медицинских услуг и хранить его вместе со своим экземпляром настоящего Договора; оказать медицинскую услуги и предоставить результат оказания медицинских услуг на условиях настоящего Договора.

2.2 «Исполнитель» имеет право: изменять по медицинским показаниям вид, объем, сроки оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору, указанные в направлении; расторгнуть данный Договор по инициативе «Пациента» при его несогласии с предложенным «Исполнителем» перечнем оказываемых услуг, их стоимостью, а также при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую медицинскую услугу; изменить сроки оказания услуг и/или направить «Пациента» (с его согласия) к другому «Исполнителю» в случае отсутствия технической возможности оказать медицинскую услугу, а также в случае обнаружения у «Пациента» медицинских противопоказаний.

2.3 «Пациент» обязан: выполнять требования медицинского персонала «Исполнителя», необходимые для обеспечения качественного оказания медицинских услуг; сообщать достоверные сведения о состоянии своего здоровья «Исполнителю»; до оказания услуг ознакомиться с условиями их проведения, зафиксировать факт ознакомление подписанием добровольного информированного согласия на оказание медицинских услуг.

2.4. «Исполнителю» запрещается давать рекомендации по дальнейшему лечению «Пациента»

**3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1 Перечень планируемых к оказанию медицинских услуг определяется «Исполнителем» на основании направления лечащего врача «Пациента», их стоимость указана в прейскуранте «Исполнителя» на информационном стенде;

3.2Доврачебные медицинские услуги оказываются «Исполнителем» строго по предварительной записи.

3.3 Дублирование или запись результатов доврачебных услуг на цифровые носители, предоставленные «Пациентом», не производится.

3.4 Исполнитель не оказывает «Пациенту», а также иным третьим лицам (в том числе по заявлению «Пациента») кроме лечащего врача, указанного в направлении «Пациента» консультационных услуг по вопросам извлечения и интерпретации данных услуг «Исполнителя» по доврачебной рентгенологии.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1 Стоимость услуг по договору состоит из совокупной стоимости оказанных услуг по прейскуранту «Исполнителя» на день оказания услуги; вид и количество услуг определяются исходя из направления лечащего врача, а именно:

|  |  |
| --- | --- |
| Услуга | Цена, руб |
| **ДВУХМЕРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** |  |
| **A06.07.004** Ортопантомография |  |
| **A06.07.004.002** Ортопантомография – цифровая панорамная томография зубных рядов (ОПТГ) | 900 |
| **A06.07.004.003** Ортопантомография – зонография ВНЧС с откр/закрытым ртом | 900 |
| **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (1 проекция – прямая или боковая) | 900 |
| **A06.07.006.001** Телерентгенография челюстей - рентгенография кисти (1 проекция) | 900 |
| **A06.07.006.002** Телерентгенография челюстей – рентгенограмма околоносовых пазух | 900 |
| **ТРЕХМЕРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** |  |
| **A06.07.013** Компьютерная томография челюстно-лицевой области (КТ ЧЛО) |  |
| **A06.07.013.007** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография – 14\*8,5 см (2 челюсти) | 2500 |
| **A06.07.013.008** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография – 8\*8,5 (зубные ряды) | 2500 |
| **A06.07.013.009** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография – 14\*6 см (1 челюсть) | 1700 |
| **A06.07.013.010** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография – 8\*5 см (до 8 стоящих рядом зубов) | 1200 |
| **A06.07.013.011** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография – 14\*8,5 см (придаточные синусы носа) | 3300 |
| **A06.07.013.012** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС – 2 сустава в 2-х положениях | 4500 |
| **КОМПЛЕКСНЫЕ УСЛУГИ** |  |
| **A06.07.004.002** Ортопантомография + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (1 проекция) | 1600 |
| **A06.07.004.002** Ортопантомография + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (2 проекции) | 2500 |
| **A06.07.013.001** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография, размер зоны 14\*8.5 см + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (1 проекция) | 3300 |
| **A06.07.013.001** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография, размер зоны 14\*8.5 см + **A06.07.006**Телерентгенография челюстей (2 проекции) | 4200 |
| **A06.07.013.001** КТ ЧЛО – Конусно-лучевая компьютерная томография, размер зоны 14\*8.5 см (2 исследования) – зубные ряды + ВНЧС + придаточные пазухи | 4250 |
| **КОМПЛЕКСНЫЕ УСЛУГИ С РАСЧЕТОМ ТРГ** |  |
| **A06.07.004.002**Ортопантомография + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (1 проекция) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (1 расчет ТРГ) | 3000 |
| **A06.07.006**Телерентгенография челюстей (2 проекции) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (1 расчет ТРГ) | 3000 |
| **A06.07.006**Телерентгенография челюстей (2 проекции) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (2 расчета ТРГ) | 4500 |
| **A06.07.013.004** КТ ЧЛО 14\*8.5 см + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (1 проекция) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (1 расчет ТРГ) | 4500 |
| **A06.07.013.004** КТ ЧЛО 14\*8.5 см + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (2 проекции) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (1 расчет ТРГ) | 5500 |
| **A06.07.013.004** КТ ЧЛО 14\*8.5 см + **A06.07.006** Телерентгенография челюстей (2 проекция) + **A06.30.002.005** Описание и интерпретация рентгенографических исследований по данным ТРГ (2 расчета ТРГ) | 6500 |
| **ОПИСАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ** |  |
| **A06.30.002** Описание и интерпретация рентгенографических исследований (врачебная услуга) |  |
| **A06.30.002.007** по данным КТ ЧЛО зубных рядов | 1500 |
| **A06.30.002.008** по данным КТ ЧЛО зубных рядов (1 челюсть) | 1000 |
| **A06.30.002.009** по данным КТ ЧЛО зубных рядов (1 сегмент) | 700 |
| **A06.30.002.009** по данным КТ ЧЛО зубных рядов (менее 1 сегмента) | 600 |
| **A06.30.002.010** по данным КТ ЧЛО придаточных пазух носа | 1000 |
| **A06.30.002.011** по данным КТ ЧЛО ВНЧС (1 сустав) | 800 |
| **A06.30.002.012** по данным КТ ЧЛО ВНЧС (2 сустава) | 1300 |
| **A06.30.002.013** по данным ортопантомографии | 1000 |
| **A06.30.002.016** по данным ТРГ | 1500 |
| **A06.30.002.017** по данным КТ ЧЛО – Измерение параметров костной ткани для имплантации в области 1 зуба | 600 |
| **A06.30.002.002** Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм (описание ВНЧС) | 1500 |
| Распечатка исследования (1лист) | 200 |
| Дублирование диска или распечатка страницы (техническая услуга) | 200 |

4.2«Пациент» производит оплату медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет (с использованием платежного терминала «Исполнителя»);

4.3 При наличии у «Исполнителя» и «Пациента» договора, заключенного с третьими лицами (например, страховыми компаниями), оплата за оказанные «Пациенту» услуги может быть произведена за счет третьих лиц на условиях и в объемах, предусмотренных таким договором.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств и условий по настоящему Договору стороны несут ответственность, в соответствии с текущим разделом настоящего Договора и действующим законодательством РФ.

5.2 Нарушение «Пациентом» правил внутреннего распорядка «Исполнителя», а именно: опоздание «Пациента» более чем на 15 минут или неявка на прием по предварительной записи без уважительной причины и без уведомления «Исполнителя»; невыполнение рекомендаций и указаний медицинского персонала «Исполнителя»; появление в центре в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при нарушении «Пациентом» обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе «Пациента» («Потребителя»).

5.3 Стороны полностью освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

**6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ, СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ГАРАНТИЙНЫЕ И ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1 Стороны договорились о том, что: качество и результат оказанных платных медицинских услуг должны соответствовать Договору; все претензии по настоящему договору Стороны оформляют в письменном виде; проводить оценку качества результатов оказанных услуг на совместном заседании «Пациента» и врачебной комиссии «Исполнителя», в том числе с возможным привлечением сторонних медицинских специалистов (лечащего врача «Пациента», направившего его на услуги по рентгенологии); срок устранения признанных «Исполнителем» претензий по Договору назначается «Пациентом» равным 1 месяцу; претензионный порядок рассмотрения споров обязателен; при не достижении согласия Сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Исполнителя».

6.2 Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат. Срок гарантии на овеществленный результат доврачебной услуги по рентгенологии – цифровой или бумажный носитель с данными исследования – составляет две недели, срок службы цифрового носителя – один месяц. Гарантийные обязательства на все овеществленные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении «Пациентом» условий пункта 5.2 настоящего договора, врачебных рекомендаций, в случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации.

6.3 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

6.4 Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Исполнитель: ООО «ЦЛД»**

**Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Паспорт:** серия**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес: 193231, г. Санкт-Петербург, ул. Подвойского, д. 26, к. 3

Адрес клиники: 193231, г. Санкт-Петербург, ул. Подвойского, д. 26, к. 3

Телефон**:**+7-962-686-61-69, 8(812)986-61-69

Интернет-сайт расположен по адресу: www.x-rdv.ru

ОГРН 1167847098011 от 17.02.2016

выдан МИФНС №15 ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ,

ИНН: 7811600178, КПП 781101001

Р/с: 40702810590270001637 в ПАО «БАНК «САНКТ-ПЕТЕРБУРГ», г. Санкт-Петербург

БИК: 044030790 К/с: 30101810900000000790

Генеральный директор: Рыбальченко Дмитрий Станиславович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) в **Обществе с ограниченной ответственностью «Центр лучевой диагностики Дмитрия Рогацкина»**

**Медицинским работником** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

2. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

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

**(подпись)** (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

**(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)**

(дата оформления)