|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Договор | | | | | | | |
| **об оказании платных медицинских услуг КГБУЗ "Городская больница № 12, г. Барнаул"** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  | | | | | , именуемая в дальнейшем "Пациент", дата рождения | |  |
| паспорт: серия |  | № |  | выдан: |  | |  |
| код подразделения , | | | зарегистрированный по адресу: | | |  | |
|  |  |  |  |  | (если адрес проживания отличается от адреса регистрации: адрес проживания) | | |
| с одной стороны, КГБУЗ "Городская больница № 12, г. Барнаул", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Леер Ивана Иосифовича, действующего на основании Устава, свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛсерия 22 № 003636288 от 13 июня 2012 года, регистрирующий орган межрайонная ИФНС России № 14 по Алтайскому краю, Лицензии № ЛО-22-01-004849 от 16 февраля 2018 года на осуществление медицинской деятельности, выдана Министерством Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, 656099 г. Барнаул, пр. Красноармейский № 95А, тел. 8-3852-62-77-66, с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий договор (далее – "Договор") о нижеследующем: | | | | | | | |
| ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ | | | | | | | |
| Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия: | | | | | | | |
| платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования; | | | | | | | |
| "пациент" (потребитель) – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323–ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"; | | | | | | | |
| "исполнитель" – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам), | | | | | | | |
| 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги по | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| а Пациент уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. | | | | | | | |
| 1.2. Исполнитель оказывает услуги по адресу: г. Барнаул, ул. Малахова 53, в соответствии с установленными правилами. | | | | | | | |
| При необходимости выезда по другому адресу все расходы Исполнителя оплачивает Пациент в соответствии с утвержденным Прейскурантом. | | | | | | | |
| 1.3. Диагноз Пациенту был поставлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| (Исполнителем или наименование иной медицинской организации) | | | | | | | |
| 1.4. Пациент выбирал вариант лечения из следующих предложенных ему вариантов медицинских услуг): | | | | | | | |
| 1.4.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 1.5. Медицинские услуги, должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг. | | | | | | | |
| 1.6. В медицинской карте Пациента от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора. | | | | | | | |
| 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется: | | | | | | | |
| 2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о: | | | | | | | |
| а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; | | | | | | | |
| б) 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. | | | | | | | |
| в) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); | | | | | | | |
| г) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; | | | | | | | |
| д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора. | | | | | | | |
| 2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями к медицинским услугам на территории РФ. | | | | | | | |
| 2.1.3. Представить Пациенту список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги. | | | | | | | |
| 2.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством РФ. | | | | | | | |
| 2.1.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами. | | | | | | | |
| 2.1.6. Представлять Пациенту материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде. | | | | | | | |
| 2.1.7. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы. | | | | | | | |
| 2.1.8. Представлять для ознакомления по требованию Пациента: | | | | | | | |
| а) копию учредительного документа Исполнителя, | | | | | | | |
| б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией. | | | | | | | |
| 2.1.9. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации. | | | | | | | |
| 2.2. Пациент обязуется: | | | | | | | |
| 2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя. | | | | | | | |
| 2.2.2. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы. | | | | | | | |
| 2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором. | | | | | | | |
| 2.2.4. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем. | | | | | | | |
| 2.2.5. Кроме того Пациент обязан: | | | | | | | |
| - информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; | | | | | | | |
| - соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; | | | | | | | |
| - выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг. | | | | | | | |
| **2.3. Исполнитель имеет право:** | | | | | | | |
| 2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации. | | | | | | | |
| 2.3.2. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья Заказчика (пациента); | | | | | | | |
| 2.3.3. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Заказчика (пациента), самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи. | | | | | | | |
| 2.3.4. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних, исполнителей и соисполнителей по согласованию с Заказчиком (пациентом); | | | | | | | |
| 2.3.5. Расторгнуть договор при нарушении Заказчиком (пациентом) правил внутреннего распорядка медицинского учреждения. | | | | | | | |
| 2.3.6. В случае отказа Заказчика (пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг, расторгнуть договор по инициативе Заказчика (пациента), предварительно проинформировав его об этом. | | | | | | | |
| 2.3.7. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг. | | | | | | | |
| 2.3.8. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору. | | | | | | | |
| **2.4. Пациент имеет право:** | | | | | | | |
| 2.4.1. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного, добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства). | | | | | | | |
| 2.4.2. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора. | | | | | | | |
| 2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно. | | | | | | | |
| 2.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя, 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 Пациента. | | | | | | | |
| 2.7. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора. | | | | | | | |
| 3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА | | | | | | | |
| 3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг: амбулаторно. | | | | | | | |
| 3.2. Подписываемые Сторонами акты об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту. | | | | | | | |
| 3.3. Пациент обязуется рассмотреть и подписать акты, представленные Исполнителем, в течение 2 (двух) дней с момента их получения при условии отсутствия у Пациента каких–либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. | | | | | | | |
| При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Пациент указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр Исполнителю. | | | | | | | |
| 3.4. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 2.5 Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Пациенту дополнительный акт, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Пациенту. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 3.5. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнитель: фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | | | | |
| 4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ | | | | | | | |
| 4.1. Стоимость медицинских услуг составляет | | | | |  | | |
| 4.2. Расчет производится путем перечисления указанной суммы на расчетный счет Исполнителя, либо путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в день подписания сторонами настоящего договора. | | | | | | | |
| Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных, медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы). | | | | | | | |
| 4.3. Дополнительные услуги оплачиваются на основании акта об оказанных услугах в течение 2 (двух) дней с момента его оформления Сторонами. | | | | | | | |
| 4.4. В случае неоказания услуг и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Пациенту деньги в течение 5 (пяти) дней с момента предъявления требования Пациентом. | | | | | | | |
| 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН | | | | | | | |
| 5.1. Стороны несут ответственность в установленном законодательством порядке. | | | | | | | |
| 5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе: | | | | | | | |
| - назначить исполнителю новый срок; | | | | | | | |
| - поручить выполнение работы (оказание услуги) третьим лицам за разумную цену или выполнить ее своими силами и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов; | | | | | | | |
| - потребовать уменьшения цены за выполнение работы (оказание услуги); | | | | | | | |
| - отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказании услуги). | | | | | | | |
| Потребитель вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков выполнения работы (оказания услуги). Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований потребителя. | | | | | | | |
| 5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. | | | | | | | |
| Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства. | | | | | | | |
| 5.4. Пациент, для которого сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязан не позднее 10 (десяти) дней с момента наступления указанных обстоятельств уведомить другую сторону Исполнителя о невозможности исполнения своих обязательств и расторжении договора. | | | | | | | |
| 5.5. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. | | | | | | | |
| 6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ | | | | | | | |
| 6.1. Защита прав Пациента осуществляется в судебном порядке. | | | | | | | |
| 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА | | | | | | | |
| 7.1. Срок действия настоящего Договора – с | | | | | | | |
| 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон. | | | | | | | |
| 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон. | | | | | | | |
| 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ | | | | | | | |
| 8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью. | | | | | | | |
| 8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. | | | | | | | |
| 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН | | | | | | | |
| "Исполнитель" | | | | |  | "Пациент" | |
| КГБУЗ "Городская больница № 12, г. Барнаул" | | | | |  |  | |
| ИНН 2223021738 КПП 222301001 | | | | |  |  | |
| Адрес: 656050, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Малахова, дом № 53. Тел.: (3852) 40-17-92, (3852) 40-17-60  УФК по Алтайскому краю (краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 12, г. Барнаул» л/сч 20176У06720) | | | | |  |  | |
| ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ Г. БАРНАУЛ | | | | |  |  | |
| р/с 40601810701731000001 БИК 040173001 | | | | |  |
| КБК 00000000000000130 | | | | |  |  |  |
| Доходы от оказания платных услуг | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПОДПИСИ СТОРОН | | | | | | | |
| Исполнитель | | | | |  | Пациент | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Леер И.И. | | | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| М.П. | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица** | | | | | | | |
| С условиями договора ознакомлен (–на). Согласен (–на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору – супруг(–а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо, действующее доверенности (нужное подчеркнуть). | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **АКТ ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| г. Барнаул |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| КГБУЗ "Городская больница № 12, г. Барнаул" оказаны следующие медицинские услуги: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| на сумму |  | | | | | | |
| Услуги выполнены полностью и в срок, пациент претензий по объему и качеству оказания услуг не имеет. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель: | | |  |  |  |  |  |
| КГБУЗ "Городская больница № 12, г. Барнаул" | | | | | | | |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Леер И.И. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Пациент: | |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (ФИО) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Приложение № 1 | |
|  |  |  |  |  |  | к Договору на оказание платных медицинских услуг | |
|  |  |  |  |  |  | (для физических лиц) | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| **ПЕРЕЧЕНЬ** | | | | | | | |
| **оказываемых Пациенту платных медицинских услуг** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Наименование услуги** | | | | | | **Ф.И.О. Исполнителя** | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель | | | | | | Пациент | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Леер И.И. | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| М.П. |  |  |  |  |  |  |  |