|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **возмездного оказания медицинских услуг** | | |
|  | | |
| **г. Краснодар** |  | **«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** |
|  | | |

Общество с ограниченной ответственностью «Вера Дент» (фирменное наименование ООО «Вера Дент», свидетельство о государственной регистрации юридического лица: 1102311004751, зарегистрировано «11» ноября 2015 г. ИФНС №4 г. Краснодара), именуемое в дальнейшем **«Стоматологический кабинет» или «Исполнитель»,** в лице директора Верапатвелян Анжелы Францевны, действующего на основании Устава c одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемый в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, вместе именуемые, как стороны договора (далее – **«Стороны»**), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Стоматологический кабинет обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее – **«Услуги»**), а Пациент обязуется принять и оплатить эти Услуги.

1.2. Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих Услуг, указываются в приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее – **«Приложение»**).

1.3. Сроки предоставления Услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путём внесения записи о назначении следующего визита Пациента в Стоматологический кабинет и оказываются до момента выполнения Стоматологическим кабинетом обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объёме.

**2. Условия предоставления Услуг**

2.1. Условием предоставления Услуг является заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами.

2.2. Услуги предоставляются на основании перечня работ (Услуг), составляющих медицинскую деятельность: лицензия № ЛО41-01126-23/00306173 от «19» мая 2016 г. на осуществление медицинской деятельности 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: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, по адресу: 350090, г. Краснодар, проезд Репина, дом 28, кв. 123. Лицензия выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, адрес: 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, телефон: 8 (861) 992-53-68.

2.3. Услуги предоставляются в полном объёме стандарта медицинской помощи, утверждённого Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. Стоматологический кабинет уведомляет Пациента о возможности получения Услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.5. Стоматологический кабинет уведомляет Пациента, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.6. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором и Приложениями, Стоматологический кабинет обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Стоматологический кабинет не вправе предоставлять дополнительные Услуги на возмездной основе.

2.7. В случае, если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских Услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские Услуги оказываются без взимания платы.

2.8. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

2.9. Информация о режиме работы Стоматологического кабинета, перечень работ (Услуг), составляющих медицинскую деятельность Стоматологического кабинета в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, а также сведения о специалистах Стоматологического кабинета, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Стоматологического кабинета в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (http://vera-dent.ru), а также на информационном стенде в помещении Стоматологического кабинета.

2.10. Консультативные Услуги оказываются по записи в день обращения исходя из конкретной клинической ситуации Пациента и с учетом материально-технической возможности Стоматологического кабинета, загруженности приема врача. Диагностические Услуги оказываются по записи в день обращения. Для курсовых процедур – в день обращения по мере записи на прием к врачу с учетом согласованного с Пациентом плана лечения.

2.11. Все вопросы, неурегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1.  Исполнитель обязан:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских Услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских Услугах, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Пациента и предоставить дополнительные Услуги с его согласия или расторгнуть Договор при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья Пациента.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. До оказания Услуг сообщить сведения об имеющихся у него заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуг.

3.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских Услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке Пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.3. Подписывать Информированное согласие на оказание медицинских Услуг, Предварительный план лечения, акт по выполненным работам за период и иные Приложения к настоящему Договору.

3.2.4. Явиться в Стоматологический кабинет не менее, чем за 10 (десять) минут до начала приема для надлежащего оформления документов и своевременного оказания Услуг, не допускать опозданий и пропусков назначенных приемов, поскольку это может негативно отразиться на результатах лечения.

3.2.5. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических Услуг в других стоматологический кабинетах, стоматологических клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением мед. помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.6. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.7. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом за 30 календарных дней и расторгнуть Договор, предварительно оплатив фактически понесённые Исполнителем затраты.

3.2.8. После завершения этапа оказания Услуг подписать Акт по выполненным работам за период.

3.2.9. Посещать Стоматологический кабинет Исполнителя 1 раз в 3 месяца для планового профилактического осмотра.

3.2.10. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объём и стоимость диагностики и лечения. Ввиду необходимых для достижения конечной цели дополнительных манипуляций, стоимость лечения может увеличиться на 30-35%. При необходимости дополнительных манипуляций и изменении стоимости лечения подписывается дополнительное соглашение о пересогласовании плана лечения и конечной стоимости. При несогласии Пациента с планом лечения или конечной стоимостью, если Пациент не нуждается в экстренной медицинской помощи – Договор может быть расторгнут.

3.3.2.  Направлять Пациента с его согласия за дополнительную плату в медицинские организации и/или привлекать для консультаций и проведения дополнительных исследований специалистов других медицинских организаций. Пациент вправе отказаться от консультаций и/или проведения дополнительных исследований, при этом он самостоятельно несет риски, связанные с таким отказом.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные Услуги в соответствии с Приложением к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».

3.3.4. Отказать Пациенту в оказании платных медицинских Услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских Услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую Услугу.

3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания Услуг.

3.3.6. Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором и Приложениями.

3.3.7. Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.

3.3.8. Отложить оказание Услуг и/или перенести их на другой день, в том числе в день назначения, согласованный с Пациентом, в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний со стороны полости рта и/или по общему состоянию здоровья либо опоздания Пациента на прием более, чем на 10 (десять) минут от назначенного времени начала приема. При этом сроки предоставления Услуг, указанные в Плане лечения, увеличиваются, что не считается нарушением условий Договора.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований. Согласно ПЗ РФ от 31 июля 2020г. №789н.

3.4.3. Отказаться от Услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских Услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.

**4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.**

4.1. Если иное не согласовано Сторонами, стоимость Услуг определяется на основании перечня платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (прейскуранта Исполнителя), действующего на момент оказания Услуг Пациенту. Если оплата Услуг производится в наличной форме, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату.

4.2. На предоставление Услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Пациента является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.3. Если иное не согласовано Сторонами, Пациент обязан оплачивать Услуги по настоящему Договору в сроки, указанные в Плане лечения, счете на оплату или ином документе, выставленном Исполнителем и/или согласованном Сторонами. Если Стороны не согласовали условия оплаты Услуг в документе, являющемся приложением к настоящему Договору, то Пациент обязан оплатить Услуги в следующем порядке: 100% стоимости Услуг, указанной в соответствующем Плане лечения или ином документе, оплачиваются Пациентом до начала их предоставления. Обязанность по оплате считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя.

4.4. Пациент обязан оплачивать все ортопедические и ортодонтические Услуги в полном размере предоплатой или путём выдачи аванса в сумме не менее 50 % стоимости таких Услуг до начала их оказания. После ортопедической, ортодонтической подготовки, снятия слепков и создания технического заказ наряда Исполнитель не возвращает аванс Пациенту.

4.5. При досрочном расторжении Договора по инициативе Пациента (отказе Пациента после заключения Договора от получения Услуг) Исполнитель возвращает Пациенту полученные от него денежные средства за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору, включая, но не ограничиваясь, следующие: затраты на закупку материалов и медицинских изделий, необходимых для оказания Услуг Пациенту; стоимость услуг лаборатории по изготовлению конструкций, необходимых для оказания Услуг Пациенту; иные затраты Исполнителя на оплату услуг третьих лиц в целях оказания Услуг Пациенту. Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем в сроки, установленные законодательством РФ.

4.6. При неоплате Пациентом стоимости оказанных медицинских Услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских Услуг, Пациент оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских Услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных Услуг и в счёт оплаты Услуг не засчитывается.

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, нерегулируемых данным разделом, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2 Исполнитель уведомляет Пациента о том, что при оказании медицинских Услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение не может быть гарантировано. Успешность медицинского вмешательства оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

5.3. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций; с возникновением предполагаемых осложнений; при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских Услуг и иных Приложений к настоящему Договору, предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских Услуг после вмешательства самого Пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию, или после получения в другой клинике стоматологических Услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, Исполнитель ответственности не несёт, если докажет, что негативные последствия возникли после принятия Услуги Пациентом вследствие нарушения им правил использования результата Услуги, действий третьих лиц или непреодолимой силы.

5.4. Исполнитель не несёт ответственности в случае:

Нарушения Пациентом правил поведения в Стоматологическом кабинете Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут, или неявка на приём более 3-х раз, или неявка без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в Стоматологическом кабинете Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Договора, являются основанием для одностороннего расторжения Договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским Услугам, если данные действия по собственной вине Пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи. Одностороннее расторжение Договора при вышеуказанных обстоятельствах осуществляется при условии, что Пациент не нуждается в экстренной медицинской помощи.

5.5. Стороны 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**

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных Услуг, спор между Сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских Услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских Услуг, путём оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.3. При недостижении согласия Сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде.

**7. Прочие условия**

7.1. Содержание, сроки и объём лечения согласовываются Сторонами устно или письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведённых в Стоматологическом кабинете Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских Услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии его здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Все Приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.5. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения в Стоматологическом кабинете Исполнителя, с Правилами оказания медицинских Услуг, их перечнем, сроками оказания и стоимостью, с «Положением о гарантиях» в Стоматологическом кабинете Исполнителя.

7.6. Пациент информирован о возможности получения стоматологической помощи по ОМС в ближайших стоматологических клиниках города (Стоматологическая поликлиника № 3, г. Краснодар, ул. Тургенева, 203, тел. 8-861-220-32-04).

7.7. Изменения условий настоящего Договора возможны только путём составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

7.8. Качество Услуг по Договору определяется Сторонами как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания Исполнителем медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Пациенту, а также степенью достижения запланированных результатов лечения, указанных в информированном добровольном согласии (ИДС) на медицинское вмешательство, проведенное Пациенту.

7.9. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что согласен с тем, что в ходе оказания Услуг может выполняться фотосъемка, вестись фотопротокол с целью фиксации результатов Услуг, контроля качества медицинской помощи. Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии здоровья Пациента, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны. Исполнитель вправе использовать и обнародовать изображения Пациента (в том числе фотографии полости рта) в публикуемых Исполнителем научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях; материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников; а также в информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях Стоматологического кабинета и в сети Интернет без выплаты Пациенту вознаграждения. Настоящее согласие распространяется на все изображения (фотоснимки), полученные (сделанные) работниками и представителями Исполнителя в период предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору. Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения Пациента (в том числе полости рта и лица) целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. Полученные Исполнителем фотоматериалы не будут использоваться для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными.

7.10. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов Услуг Исполнителя содержится в «Положение о гарантиях, установленных на работы и услуги в ООО Вера Дент», утвержденном Исполнителем, а также иных документах, утвержденных Исполнителем. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Положение о гарантиях, установленных на работы и услуги в ООО Вера Дент», действующими у Исполнителя.

7.11. Во исполнение положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях сохранения и защиты врачебной тайны пациентов на территории Стоматологического кабинета (во всех помещениях, включая подсобные помещения и коридоры) Пациенту запрещается вести фото- и видеосъемку без предварительного согласования с уполномоченным представителем Исполнителя.

7.12. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору. Настоящий Договор заключен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

**8. Реквизиты и подписи Сторон:**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ:**

Общество с ограниченной ответственностью «Вера Дент»

ИНН 2311127010

КПП 231101001

ОГРН 1102311004751

Юридический адрес: 350090, г. Краснодар, проезд Репина, дом 28, кв. 123

Фактический адрес: 350090, г. Краснодар, проезд Репина, дом 28, кв. 123

р/с 40702810447100001642

к/с 30101810400000000700

БИК 040349700

Электронная почта: [angvic@mail.ru](mailto:angvic@mail.ru)

Телефон: +7989-801-0543

Директор Верапатвелян А.Ф.

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

**ПАЦИЕНТ:**

ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (при наличии): серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства:

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_