



ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ООО «ЦИРУС»

117418, Москва г, Новочерёмушкинская ул, дом № 50

ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

« » 2024 г.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОБ УВЕДОМЛЕНИИ

Я г.р. (Ф.И.О. пациента или его законного представителя дата и год рождения) подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя и его медицинских работников, предоставляющих медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

03.02.2024 г.

_____ (подпись)

Общество с ограниченной ответственностью «ЦИРУС» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Осман Шерго Осман, действующего на основании Устава, с одной стороны,

и

Дата рождения: _____ г.р.

(Ф.И.О. пациента или законного представителя дата и год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор на предоставление платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Пациенту медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-014923 от 02 октября 2017 года, выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы, находящимся по адресу: г.Москва, Оружейный переулок, д.43, тел. . +7 (495) 777-77-77.

1.2. Сведения об Исполнителе внесены в Единый государственный реестр юридических лиц, ОГРН: 1157746004240, свидетельство о государственной регистрации в качестве юридического лица серии ____ № _____, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 09.01.2015г.

1.3. Исполнитель предоставляет Пациенту медицинские услуги в соответствии с перечнем, предусмотренным лицензией. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи Исполнителем организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: операционному делу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по косметологии, офтальмологии;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по офтальмологии.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента или его законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан (Приложение № 1 к Договору).

1.5. Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает порядок, характер, сроки и объем предоставляемых услуг

1.6. Исполнитель предоставляет Пациенту медицинские услуги согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Пациент обязуется своевременно оплатить оказываемые услуги в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент предоставления услуги.

1.7. Приложения и дополнительные соглашения становятся неотъемлемой частью Договора с момента их подписания Сторонами и имеют равную юридическую силу наравне с Договором.

1.8. Пациент подтверждает, что на момент подписания Договора Исполнитель ознакомил его с:

- Правилами предоставления я медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 04.10. 2012 г. N 1006;
- режимом работы Исполнителя и его медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг;
- сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении услуг, уровне их профессионального

образования и квалификации;

- действующим в ООО «ЦИРУС» Прейскурантом на платные медицинские услуги;

- адресами и телефонами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Права и обязанности Исполнителя.

Исполнитель обязан:

2.1.1. Создать необходимые условия для выполнения всех видов услуг по Договору (в случае технической невозможности оказания всех видов услуг в день подписания и оплаты Договора выполнение недостающих услуг производится по записи в другой день).

2.1.2. Информировать Пациента о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для предоставления качественных медицинских услуг.

2.1.3. Предоставлять по требованию Пациента необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего Договора, установленную Правилами предоставления платных медицинских услуг.

2.1.4. Оказывать Пациенту медицинские услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, стандартам оказания офтальмологической помощи, Правилам предоставления платных медицинских услуг, а также другим нормативным актам РФ.

2.1.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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 в соответствии с ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по своему выбору.

2.2.2. Отказать в предоставлении медицинских услуг при неисполнении Пациентом Правил внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя, нарушения предписаний и назначений лечащего врача и медицинского персонала, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при состояниях наркотического и алкогольного опьянения, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента, при неуважительном отношении к медицинскому персоналу, носящему оскорбительный характер.

2.2.3. Обрабатывать и передавать персональные данные Пациента в рамках Договора и информацию о состоянии здоровья Пациента в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. До начала оказания медицинских услуг сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса, в том числе о перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинской помощи.

2.3.2. Ознакомиться с Правилами предоставления платных медицинских услуг, порядком их оказания, Прейскурантом и правилами внутреннего распорядка медицинской организации Исполнителя.

2.3.3. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим пациентам, выполнять все рекомендованные назначения, а в случае неявки на прием в установленное время заблаговременно извещать об этом Исполнителя.

2.3.4. Своевременно производить оплату медицинских услуг согласно действующему Прейскуранту.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг и вмешательств по своему усмотрению с предварительной отметкой (подписью) в медицинской документации.

2.4.2. Получать необходимую информацию о состоянии своего здоровья после предоставления медицинской услуги Исполнителем в виде заключения, которое при необходимости выдается лично на руки Пациенту или его законному представителю.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания медицинской услуги.

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ.

- 4.1.** Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, действующим на момент заключения Договора.
- 4.2.** Исполнитель не несет ответственности за невыполнение своих обязательств по Договору, если такое неисполнение явилось следствием действий (бездействий) Пациента, выраженных в несоблюдении рекомендаций и назначений медицинского персонала Исполнителя, условий Договора, сообщения Пациентом недостоверной информации, повлекших за собой патологию или осложнения в ходе оказания услуг.
- 4.3.** Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.
- 4.4.** Пациент или его законный представитель несут полную материальную ответственность за порчу имущества Исполнителя.
- 4.5.** Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).
- 4.6.** В случае возникновения спора между Сторонами все вопросы подлежат урегулированию путем переговоров.
- 4.7.** Перед обращением в суд любая из Сторон обязана направить другой Стороне заказным почтовым отправлением письменную претензию в соответствии с действующим законодательством РФ. Требования, связанные с недостатками оказанной услуги, могут быть заявлены Пациентом в течение одного месяца с момента предоставления медицинской услуги Исполнителем.
- 4.8.** В случае невозможности решить спор претензионным путем любая из Сторон может обратиться в суд по месту нахождения Исполнителя.

5. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА.

- 5.1.** Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 5.2.** Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ и настоящим Договором.
- 5.3.** Пациент вправе в любое время отказаться от получения услуг по настоящему Договору при условии оплаты Исполнителю предоставленных медицинских услуг и компенсации затрат, произведенных Исполнителем.
- 5.4.** Исполнитель вправе отказаться от исполнения принятых на себя обязательств в случаях, предусмотренных настоящим Договором, а также при отсутствии возможности предоставления услуг и осуществить возврат денежных средств пациенту за не предоставленные медицинские услуги.

6. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

- 6.1.** Пациент, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", дает согласие Исполнителю в целях оказания Пациенту медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку его персональных данных, а именно сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адрес и места жительства, телефона, места работы, данных паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данных полиса ОМС (или ДМС), страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведений о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях Пациента, случаях обращения за медицинской помощью, сведений о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок действия согласия Пациента, указанный в п. 6.2 Договора.
- 6.2.** Срок действия согласия Пациента на обработку его персональных данных определен началом его действия (со дня подписания Договора) и заканчивается моментом востребования (письменным отзывом Пациента).
- 6.3.** Исполнитель имеет право на обработку персональных данных, если она:
- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Пациента либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия Пациента невозможно;
 - осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.
- 6.4.** Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по его инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших ему известных фактов нарушения его прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления Пациента об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и прекращает свое действие после выполнения Сторонами взятых на себя обязательств, либо до момента изменений условий настоящего Договора.

7.2. Стороны подтверждают свое согласие на использование генеральным директором ООО «ЦИРУС» аналога собственноручной подписи (факсимиле) в целях оформления Договора, дополнительных соглашений к договору, Прейскуранта и иных документов, создаваемых в ходе предоставления медицинских услуг по настоящему Договору. В соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ (далее- ГК РФ). факсимильная подпись (факсимиле) генерального директора ООО «ЦИРУС признается Сторонами равноценной его подлинной подписи.

7.3. Договор составляется в 2 экземплярах, равной юридической силы, по одному для каждой из Сторон, один из которых находится у Исполнителя, второй у Пациента.

7.4. Согласно п. 2 ст. 425 ГК РФ действие положений п. 6.2 Договора распространяется на документы, оформленные ранее в ходе оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

7.5. Договор составлен в 2 экземплярах, равной юридической силы, по одному для каждой из Сторон, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

7.6. Положения, не указанные в настоящем Договоре, регулируются действующим на момент заключения Договора законодательством Российской Федерации.

8. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Исполнитель:

Заказчик:

ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ООО «ЦИРУС» Ф.И.О.:

Юридический адрес: 117418, Москва г,
Новочерёмушкинская ул, дом № 50
Фактический адрес: 117418, Москва г,
Новочерёмушкинская ул, дом № 50

Адрес:
Дата рождения:

ОГРН: 1157746004240
ИНН: 7727046963
КПП: 772701001
ОКПО: 41075323

Паспорт:
Выдан:

Банковские реквизиты:
Р/С: 40702810438000000721
ПАО СБЕРБАНК г. Москвы
К/С: 30101810400000000225
БИК: 044525225

Контактный телефон:
Ф.И.О.:

Подпись _____ / Осман Ш.О.

Подпись _____ / . /

М.П.

« »

2024 г.



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ от .2024 г.
к Договору на предоставление платных медицинских услуг
от .2024 г.

ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ООО «ЦИРУС» в лице Генерального директора Осман Шерго Осман, действующего на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-014923 от 02 октября 2017 года Департаментом здравоохранения города Москвы, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны,
и

Г.р.,

(Ф. И. О., дата рождения Пациента или законного представителя)
именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящее Дополнительное Соглашение о нижеследующем:

предметом Дополнительного Соглашения является предоставление платных медицинских услуг, согласно действующему в настоящий момент Прейскуранту Исполнителя.

В стоимость предоставляемых медицинских услуг Пациенту входит:

№ п.п	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.	Количество услуг	Общая стоимость, руб
	Всего к оплате:			
	Оплачено:			

Указанные в настоящем Соглашении медицинские услуги оказаны Исполнителем своевременно и в полном объеме.

Замечаний к медицинским услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ООО «ЦИРУС»

Юридический адрес: 117418, Москва г,
Новочерёмушкинская ул, дом № 50
Фактический адрес: 117418, Москва г,
Новочерёмушкинская ул, дом № 50

ОГРН: 1157746004240
ИНН: 7727046963
КПП: 772701001
ОКПО: 41075323

Банковские реквизиты:
Р/С: 40702810438000000721
ПАО СБЕРБАНК г. Москвы
К/С: 30101810400000000225
БИК: 044525225

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О.:

Адрес

Дата рождения:

Паспорт:

Выдан:

Контактный телефон:

Ф.И.О.:

Подпись _____ / Осман Ш.О. /

М.П.

Подпись _____ / _____ /

« »

2024 г.



**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, _____ г.р.,
(Ф.И.О. Пациента а или его законного представителя, дата рождения Пациента) 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Обществе с ограниченной ответственностью «ЦИРУС»

медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

(подпись)

Осман Ш.О.

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления) 2024 г.



**Информированное добровольное согласие
на применение лекарственных средств
при диагностике/оперативном вмешательстве**

Я, _____

г.р., _____

(Ф. И. О. Заказчика (Пациента) или законного представителя)

Даю согласие на применение лекарственного средства

Мидримакс

(наименование лекарственного средства)

Мне в доступной форме разъяснено, что:

- Осуществление диагностики без применения указанного лекарственного средства невозможно;
- Лекарственное средство приводит к расширению зрачка, вследствие чего временно снижается острота зрения;
- Функции зрачка восстанавливаются в течение 3-х суток или индивидуально в зависимости от состояния зрительного аппарата;
- До полного восстановления зрительной функции не рекомендуется управлять автотранспортом.

Врач-офтальмолог:

_____ / **Осман Ш.О.** /
(Ф.И.О., подпись)

Заказчик (Пациент) или законный представитель:

_____ / _____ /
(подпись)



Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

.2024 г.
(дата оформления)

Я,

(Ф.И.О. пациента и контактный номер телефона или законного представителя)

года рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу:

(адрес места жительства пациента или законного представителя)

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, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и экспертиз.

ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ООО «ЦИРУС»

(полное наименование медицинской организации)

Мне разъяснены характер, особенности и ход предстоящего оперативного вмешательства;

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, осложнения и ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению;

Я информирован(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, которые могут неблагоприятно повлиять на качество жизни;

Я информирован(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, гепатитах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю согласие на

Первичный взрослый осмотр врача-офтальмолога

(вид оперативного вмешательства)

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 ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я согласен(а) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____/ (подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя)

_____/ **Осман Ш.О.** / (подпись) (Ф.И.О. должность медицинского работника)