**Уведомление**

г. Красноярск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202  г.

Общество с ограниченной ответственностью "Вектор", именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Южаковой Олеси Александровны, в соответствии с пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г.№ 1006, уведомляет Пациента/законного представителя о том, что несоблюдение указаний(рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющие платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Уведомление предоставлено пациенту/законному представителю до момента заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Директор ООО «ВЕКТОР» Южакова Олеся Александровна/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Пациент/законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Договор № 00000 об оказании платных медицинских услуг

г. Красноярск …………. 202  г.

**Общество с ограниченной ответственностью "Вектор"**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Южаковой Олеси Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

( Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего потребителя)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(-ая) в интересах несовершеннолетнего

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

(Ф.И.О. , дата рождения)

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

(адрес места жительства)

именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту по заданию Заказчика медицинские услуги, далее – «платные медицинские услуги», стоимость и сроки которых указаны в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик обязан оплатить оказанные Исполнителем платные медицинские услуги в порядке и сроки, установленные в Договоре.

1.2. Заказчик по доброй воле согласен на оказание услуг, перечисленных в Приложении №1 к договору и Прейскурантом цен на оказываемые услуги, действующие на момент заключения настоящего договора, с которыми предварительно ознакомлен.

1.3. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Заказчику медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

1.4. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: 660011, Красноярский край, Красноярск г, Живописная ул, дом 1/1, помещение 58. При необходимости выезда по другому адресу все расходы Исполнителя оплачивает Заказчик в соответствии с утвержденным Прейскурантом.

1. **ЛИЦЕНЗИЯ**
   1. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность и действует в соответствии с Лицензией № Л041-01019-24/00553015 от г., выдана Министерством Здравоохранения Красноярского края.
2. **УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Подписанием настоящего Договора Заказчик информирован 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 и дает свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Вектор» по настоящему Договору.

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

3.2. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы ООО «Вектор» по предоставлению платных медицинских услуг определены Положением о предоставлении платных медицинских и иных услуг в ООО «Вектор».

3.3.Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.4. Исполнитель оказывает услуги Пациенту в срок, определяемый лечащим врачом в плане лечения.

3.5. Ответственный за исполнение условий Договора (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.6. Подписанием настоящего Договора Заказчик информирован о том, что 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 Пациента.

3.7. Качество и полнота оказываемых медицинских услуг подтверждается двухсторонними подписями, актами сдачи-приемки оказанных услуг.

1. **СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

4.1.Заказчик ознакомлен с перечнем, стоимостью платных медицинских услуг по настоящему договору.

4.2. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, определяется действующим на момент заключения настоящего Договора Прейскурантом Исполнителя и указывается в приложениях, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора. Действующий Прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте https://www.vekaclinic.ru/ и на информационных стендах Исполнителя.

4.3. Общая стоимость договора складывается из стоимости всех услуг, оказанных Исполнителем на протяжении действия и в рамках настоящего договора. Согласно п.2 ст.149 НК РФ медицинские услуги НДС не облагаются.

4.4. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в форме 100% предоплаты до получения медицинской услуги путем наличного платежа или с использованием платежных банковских карт, Заказчику выдается кассовый чек установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг либо перечисляются на расчетный счет.

4.5. По требованию Заказчика сотрудниками ООО «Вектор» предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

4.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.7. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора. Длительность оказания медицинской услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

4.8. По факту оказания медицинских услуг Исполнитель и Заказчик подписывают Акт сдачи-приемки оказанных услуг по форме, согласованной в Приложении №2.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1.обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

5.1.2. По требованию Заказчика и (или) Пациента предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению; другие сведения, относящиеся к предмету договора.

5.1.3. соблюдать врачебную тайну, обеспечить конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информативных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

5.1.4. предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется проведение на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

5.1.5.оказывать дополнительные услуги без взимания платы в случае возникновения необходимости в предоставлении дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях);

5.1.6. своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Заказчику достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения;

5.1.7. использовать при оказании медицинских услуг методы, оборудование, лекарственные препараты, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности;

5.1.8. соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Заказчиком и Пациентом;

5.1.9. вести медицинскую документацию в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

5.1.10. обеспечивать реализацию всех прав Пациента, в соответствии с Федеральным законом №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

5.1.11. после исполнения договора выдавать Пациенту (законному представителю несовершеннолетнего пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.1.12. предоставлять медицинские услуги в соответствии с утвержденным режимом работы.

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

5.2.2. вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги и в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента;

5.2.3. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

5.2.4. требовать от Пациента (Заказчика) бережного отношения к имуществу Исполнителя;

5.2.5. отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента;

5.2.6.отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 5.3. настоящего Договора, а также при отсутствии информированного добровольного согласия Заказчика (пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

5.2.7. отказаться от предоставления медицинских услуг в случае неявки Заказчика в назначенное место и время для оказания медицинских услуг;

5.2.8. прервать прием для оказания экстренной или неотложной медицинской помощи;

5.2.9. своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего договора.

5.3. Заказчик обязан:

5.3.1. оплатить Исполнителю оказываемые Пациенту по настоящему Договору платные медицинские услуги;

5.3.2. сообщать сведения, требующиеся для выбора необходимые метода лечения;

5.3.3. информировать врача о перенесенных заболеваниях, сообщить сведения, необходимые для определения возможных побочных реакций, осложнений, противопоказаний при оказании медицинской услуги;

5.3.4. сообщать сведения об аллергологической предрасположенности, непереносимости антибиотиков, других медицинских препаратов, пищевых продуктов, химических веществ;

5.3.5. выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, строгое выполнение последовательности и своевременности медицинских назначений, соблюдение распорядка работы кабинетов учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима и противопожарной безопасности;

5.3.6. бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме;

5.3.7. информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени для получения медицинской услуги в случае невозможности явиться в назначенное время;

5.3.8. ознакомиться с Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим на момент заключения договора, утвержденным Исполнителем.

5.4. Заказчик имеет право:

5.4.1. на предоставление бесплатной, доступной, достоверной информации о медицинской услуге;

5.4.2. знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание данного вида медицинской помощи;

5.4.3. на защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

5.4.4. на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;

5.4.5. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента, в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом (Заказчиком) условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент (Заказчик) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, при возникновении осложнений, о которых Заказчик был информирован в письменной форме, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.4. 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, землетрясение, наводнение, землетрясение, эпидемии, забастовки и другие стихийные бедствия, эмбарго, 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.

6.5. В случае нарушения Заказчиком обязанности по оплате медицинских услуг Исполнитель вправе требовать от Заказчика выплаты неустойки в размере 0,1% от стоимости оказанных услуг, за каждый день просрочки.

6.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между сторонами, а в случае недостижения согласия – споры подлежат разрешению в установленном законодательством порядке.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Заказчиком.

7.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

7.4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Возврат Заказчику излишне уплаченных денежных средств осуществляется на основании его письменного заявления не позднее 5 рабочих дней наличными денежными средствами через кассу Исполнителя либо путем перечисления денежных средств на указанный Заказчиком в заявлении расчетный счет.

1. **КОНФИДЕЦИАЛЬНОСТЬ**

8.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

8.2. С согласия Пациента (Заказчика) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

8.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента (Заказчика) допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

1. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

9.2. Все изменения и дополнения к договору составляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

9.3. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает письменно согласие на обработку персональных данных Исполнителю, Приложение №3 к настоящему договору.

9.4. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что он(она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» и режим работы размещен на сайте Исполнителя https://www.vekaclinic.ru/ и информационных стендах.

9.5. Информационные стенды Исполнителя находятся в приемной на первом этаже по адресу: 660011, Красноярский край, Красноярск г, Живописная ул, дом 1/1, помещение 58

9.6. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

**10.ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель Заказчик**

|  |  |
| --- | --- |
| **Общество с ограниченной ответственностью "Вектор"** |  |
| **Юридический и фактический адрес:**  660011, Красноярский край, Красноярск г, Живописная ул, дом 1/1, помещение 58  **ИНН** 2463125988 **КПП** 246301001  **ОГРН** 246301001  **Телефон**+7 (391) 2300003, доб. 202  **Банковские реквизиты:**  Номер расчетного счета: 40702810131000035743  Наименование банка: ПАО Сбербанк  Корреспондентский счет: 30101810800000000627  БИК: 040407627  **Директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Южакова О. А./** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/ |

Приложение 3

к договору на оказание медицинских услуг

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество)

(наименование документа, кем и когда выдан)

проживающий (ая)

действуя в своей воле и в своем интересе, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Вектор» (ООО «Вектор», медицинский центр), ОГРН 1222400001009, ИНН 2463125988, расположенному по адресу: 660011 г. Красноярск, ул. Живописная, д. 1/1, пом. 58 на обработку, в том числе автоматизированным способом, моих персональных данных, в том числе: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; данные паспорта (документа удостоверяющего личность); адрес регистрации и фактический адрес проживания; дата регистрации по месту жительства; номер телефона; адрес электронной почты; сведения о состоянии здоровья, о проводимых медицинских манипуляциях (вмешательствах), реквизиты полиса ДМС, ОМС, видеоизображение, место работы, должность, профессия.

Под обработкой персональных данных, на которую даю согласие, я понимаю: действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я даю согласие на обработку персональных данных, в том числе автоматизированным способом, в целях оказания медицинских услуг, оформления листков нетрудоспособности, справок, выписок, обеспечения безопасности, соблюдения Конституции Российской Федерации, других законов и иных нормативных правовых актов, рассмотрения моих обращений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Я предоставляю право представителям ООО «Вектор», а также организации, осуществляющей охрану объектов ООО «Вектор» на договорной основе, получать, обрабатывать, в том числе автоматизированным способом, и при необходимости передавать мои персональные данные, полученные при помощи систем видеонаблюдения, установленных на территории ООО «Вектор», с целью обеспечения безопасности работников и посетителей ООО «Вектор», и выявления нарушений законодательства РФ и локальных нормативных актов ООО «Вектор» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Я предоставляю ООО «Вектор» неограниченное во времени и в пространстве согласие на получение информации с напоминанием о приеме врача, о предоставляемых медицинских услугах, о новостях и специальных предложениях медицинского центра путем осуществления прямых контактов и рассылки, используя любые каналы коммуникации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес ООО «Вектор» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку уполномоченному должностному лицу ООО «Вектор». Мне разъяснены юридические последствия моего отзыва согласия на обработку персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202  г.