**ДОГОВОР № от**   
**на предоставление платных медицинских услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ЧУЗ "РЖД-Медицина" г. Рузаевка"** |
| (дата заключения договора) |

Частное учреждение здравоохранения «Больница «РЖД-Медицина» города Рузаевка» (ЧУЗ "РЖД-Медицина" г. Рузаевка"), лицензия № ЛО-13-01-001087 от 16.09.2019 года, выдана министерством здравоохранения Республики Мордовия, в лице кассира ХХХХХХХХ ХХХХХ ХХХХХХХХХ, действующей на основании Доверенности №9 от 18.07.2019 года, именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", с одной стороны и гр. ХХХХХХХХХ ХХХХХХХХ ХХХХХХХ (Ф.И.О пациента, законного представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть)

Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка) "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в согласованный Сторонами срок платных медицинских услуг в соответствии с перечнем и стоимостью услуг.

1.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в месте осуществления деятельности исполнителя по адресу: РМ, г.Рузаевка, ул. Бедно-Демьяновская, 15. *.*

1.3. Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.4. Срок предоставления платных услуг определен (Стандартом оказания медицинской помощи / планом лечения). Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. Услуга может быть оказана в отношении конкретного пациента только в случае предоставления Исполнителю письменного согласия Пациента на обработку его персональных данных и его разрешения на предоставление сведений и документов составляющих врачебную тайну Исполнителю. В случае не предоставления указанных письменных разрешений услуга не предоставляется, договор будет считаться расторгнутым по обоюдному согласию сторон с компенсацией Исполнителю понесенных на организацию услуги расходов.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Потребителя. В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

..**2. Стоимость услуг**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вид услуги** | **Ед.изм.** | **Кол-во** | **Срок исполнения** | **Стоимость** |
|
|  | 16.07.001.002 Удаление постоянного зуба | шт | 1 | 03.03.2020 | 200.00 руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|
|
|
| Итог | | |  |  |  |

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказать услуги на условиях настоящего Договора.

3.1.2. В течение 10 (десяти) календарных дней информировать Пациента об изменении цен на медицинские услуги в письменной форме с приложением соответствующего дополнительного соглашения об изменении цен на медицинские услуги.

3.1.3. Обеспечить соответствие оказываемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Обеспечить Пациента необходимой и достоверной информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.5. Предоставить после исполнения настоящего Договора Пациенту (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. **Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Определять длительность лечения.

3.2.2.Определять объем медицинских услуг, исследований для необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.3. Самостоятельно принимать решения о проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2.4. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг других лиц к исполнению своих обязательств по Договору, а также направлять Пациента в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях повышения качества оказываемых услуг.

3.3.**Пациент обязан:**

3.3.1.Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2.Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и пр.), точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать лечебно-охранительный режим учреждения.

При грубых нарушениях перечисленных требований пациент подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.3.3. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. В суточный срок после получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги согласовать произошедшие изменения цен путем подписания дополнительного соглашения либо отказаться от дальнейшего оказания услуг по договору.

**3.4.Пациент имеет право:**

3.4.1.На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.4.2. На выбор врача, при наличие у Исполнителя нескольких врачей нужной специальности.

3.5. В случае, если Пациент в суточный срок с момента получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги, не согласовывает произошедшие изменения и не подписывает соответствующее дополнительное соглашение, настоящий Договор считается расторгнутым со второго дня с момента получения Пациентом указанного уведомления. При этом Стороны обязуются завершить взаиморасчеты по настоящему Договору в 5 (пяти) дневный срок с даты расторжения настоящего Договора.

**4. Конфиденциальность**

4.1. Исполнитель не вправе без письменного согласия Заказчика сообщать третьим лицам информацию, связанную или полученную в связи с исполнение Договора, и использовать ее для каких - либо целей, кроме в целях исполнения настоящего Договора, в том числе после прекращения настоящего Договора (далее - конфиденциальная информация).

4.2. Исполнитель не вправе передавать оригиналы или копии документов, полученные от Заказчика, третьим лицам без письменного согласия Заказчика.

4.3. Исполнитель обязуется обеспечить, чтобы его работники и другие привлекаемые третьи лица также не нарушали требования конфиденциальности.

4.4. Исполнитель имеет право раскрывать конфиденциальную информацию государственным органам, уполномоченным запрашивать такую информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, на основании должным образом оформленного запроса на предоставление такой информации. При этом Исполнитель обязан незамедлительно уведомить Заказчика о поступившем запросе и предпринять все необходимые и допустимые законом действия для предотвращения раскрытия конфиденциальной информации

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6. Разрешение споров**

6.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями.

6.2. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – три недели с даты получения претензии.

6.3. Если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в указывается полное название арбитражного суда, в который передается спорный вопрос для рассмотрения.

**7. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

1. **8. Прочие условия**

8.1.Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами. Договор, подписанный Исполнителем с использованием факсимильной подписи (факсимиле), имеет юридическую силу.

8.2. После исполнения настоящего договора Исполнителем выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие его здоровье после получения медицинских услуг.

8.3. Все вопросы, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

**8.5. К настоящему Договору прилагаются:**

8.5.1. Уведомление Пациента/Заказчика – Приложение №1.

8.5.2. Согласие Пациента на обработку его персональных данных – Приложение №2;

8.5.3. Информированное добровольное согласие – Приложение №3;

Подпись потребитель۷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ХХХХХХХХХ Х.Х.

**9.Реквизиты подписи сторон**

ЧУЗ "РЖД-Медицина" г. Рузаевка" РМ, г.Рузаевка,

ул. Бедно-Демьяновская, 15

Кассир ХХХХХХХ Х.Х. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО: ХХХХХХХХХХХХ Х.Х.

Адрес:

Подпись ۷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

к договору на оказание медицинских услуг

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора оказания платных медицинских услуг, в соответствии с п. 6 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006), уведомляем Вас 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.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг, в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006), уведомляем Вас 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 потребителя.

**Потребитель: ۷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

АКТ выполненных работ № от

**ЧУЗ "РЖД-Медицина" г. Рузаевка"**

**Адрес: 431440, Республика Мордовия, г.Рузаевка, ул. Бедно-Демьяновская, д.15, тел.6-23-09**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вид услуги** | **Ед.изм.** | **Кол-во** | **Срок исполнения** | **Цена** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Всего оказано услуг на сумму: 400.00 руб.

в т.ч. НДС: 0.00 руб.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

**Исполнитель: Врач:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Потребитель: ۷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

Приложение №2

к договору на оказание медицинских услуг

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

На основании ч.6, [ст. 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=286959&rnd=C5AC5EE95A960936BCE0929A8EC52079&dst=100278&fld=134), [п. 2 ч. 2 ст. 22](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=286959&rnd=C5AC5EE95A960936BCE0929A8EC52079&dst=100165&fld=134), [п. 6 ч. 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=286959&rnd=C5AC5EE95A960936BCE0929A8EC52079&dst=100196&fld=134) ст. 23 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных",

Я ХХХХХХХХХ ХХХХХХХХ ХХХХХХХХХХХХ (Ф.И.О пациента, законного представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть)

Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка) "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года рождения, заявляю о согласии на обработку ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Рузаевка» (далее – Оператор), персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); 2) пол; 3) дата рождения; место рождения; гражданство; 4) данные документа, удостоверяющего личность; 5) место жительства; место регистрации; дата регистрации; 6) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); 7) номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС); номер полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); 8) анамнез; диагноз; 9) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, в которой мне оказывались медицинские услуги; 10) вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; 11) сроки оказания медицинской помощи; 12) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; 13) результат обращения за медицинской помощью; 14) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); 15) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; 16) примененные стандарты медицинской помощи; 17) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, 18) контактный телефон; 19) адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом оператора, обязанным сохранять их конфиденциальность.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС,(ДМС).

Предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, без специального уведомления меня об этом:

1) со страховой медицинской организацией и/или с территориальным фондом ОМС – во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (или по договору ДМС);

**2) с Центральной дирекцией здравоохранения – филиалом ОАО «РЖД» – для целей контроля качества оказанной мне медицинской помощи;**

**3) с Частными учреждениями здравоохранения ОАО «РЖД» – в интересах моего обследовании и лечения, формирования единого реестра пациентов сети «РЖД – Медицина».**

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной добровольно и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных(законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №3

к договору на оказание медицинских услуг

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ**  
**ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

На основании ст. 20 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ и в соответствие с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006

Я, ХХХХХХХХХХ Х.Х.(фамилия, имя, отчество законного представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество ребенка) \_\_\_\_\_\_ года рождения, поставлен (а) известность, что согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Добровольно даю свое согласие на проведение платных медицинских услуг в Негосударственном учреждением здравоохранения «Узловая больница на станции Рузаевка ОАО «РЖД» , при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(ась) с Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи проинформирован(а). Мне в доступной форме разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи, а также что я могу получить аналогичную медицинскую услугу бесплатно в порядке и на условиях определенных Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, и в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне в доступной форме разъяснены сотрудниками учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
4. Сотрудниками учреждения доведена до моего сведения информация об альтернативных методах лечения, информация об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.
5. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения,рекомендации и советы врачей учреждения. Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

1. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю согласие на их оплату.
2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ним.
3. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных медицинских услуг (услуги) в учреждение.
4. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
5. Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент (Законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/ ХХХХХХХХХХХ Х.Х. /расшифровка подписи/