

## Договор № 60 \_\_\_\_\_

на проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров  
водителей транспортных средств

с Бабаюрт

« 09 » ноябрь 2020 г.

**ГБУ РД Бабаюртовская ЦРБ**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача Дугужева Шихмагомед Арсланалиевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и МКОУ РД «Мужукайский Агротехнологический лицей Бабаюртовский район» именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», в лице директора Амангишиева Аскера Тавсултановича, действующего на основании Устава с другой стороны, совместно именуемые «**Стороны**» заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг (далее по тексту – «**Договор**») о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика проводить ежедневные предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры (далее именуются – Медицинские услуги) водителей транспортных средств (далее именуются – Пациенты), подлежащих, во исполнение требований действующего законодательства Российской Федерации, медицинскому осмотру в обязательном порядке, а Заказчик обязуется принимать и оплачивать Исполнителю оказанные Медицинские услуги в порядке, установленном настоящим Договором.

1.2. Виды, содержание и объем Медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяются в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.3. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию Медицинских услуг по настоящему Договору третьих лиц.

1.4. Медицинские услуги оказываются Пациентам, внесенным в направленный Заказчиком Список водителей транспортных средств (далее именуется - Список), составленный по форме Приложения № 2 к настоящему Договору. Исполнитель вправе отказать в оказании Медицинских услуг Пациентам, не включенным в Список.

1.5. Местом оказания Медицинских услуг является: ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ» с.Бабаюрт улица Ирчи Казака13

1.7. Медицинские услуги оказываются ежедневно, без выходных и нерабочих праздничных дней, в течение всего срока действия настоящего договора предрейсовые с 06 ч. 30 мин. до 08 ч.30 мин. по мск.; послерейсовые с 17 ч.30 мин до 19 ч.30 мин

### Права и обязанности Сторон

#### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. Медицинские услуги оказываются Пациентам после подписания ими соответствующего приложения к медицинской карте – заявления, содержащего согласие на обработку/передачу данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне, составленного по форме Приложения № 3 к настоящему Договору.

2.1.2. Обеспечить соблюдение санитарно-эпидемиологических правил в процессе оказания Медицинских услуг.

2.1.3. Выдавать Пациентам заключение о допуске к работам путём проставления соответствующего штампа в путевом листе.

2.1.4. Записывать результаты проведенного предрейсового и послерейсового медицинского осмотров в специальный журнал.

2.1.5. По окончании осмотра сообщать Заказчику о Пациентах, не прошедших предрейсовый медицинский осмотр, и о Пациентах, не допущенных к работе в результате осмотра.

2.1.6. Предоставлять Пациентам понятную и доступную информацию о ходе оказания Медицинских услуг.

2.1.7. Незамедлительно информировать Заказчика при возникновении объективных причин, не обусловленных обстоятельствами непреодолимой силы, препятствующих оказанию Медицинских услуг, и принять необходимые меры к возобновлению выполнения своих обязательств.



2.1.8. Выполнять иные обязанности предусмотренные настоящим Договором и действующим законодательством РФ при проведении предрейсового медицинского осмотра.

2.1.9. Исполнитель предоставляет Заказчику в письменном и электронном виде (в формате MS Excel) информацию по форме Приложения № 4 к настоящему Договору о цепочке собственников «Исполнителя», включая бенефициаров (в том числе конечных собственников, выгодоприобретателей – физических лиц), а также о лицах, входящих в исполнительные органы «Исполнителя», с приложением документов, подтверждающих данную информацию. Изменения в представленной ранее информации о собственниках, бенефициарах и лицах, входящих в состав исполнительных органов «Исполнителя», с приложением подтверждающих документов, «Исполнитель» обязуется представлять «Заказчику» по форме Приложения № 4 к настоящему Договору не позднее 3 дней с момента, когда произошли данные изменения, либо с момента заключения настоящего Договора, если изменения в ней произошли до заключения настоящего Договора.

Если какие-либо поля формы Приложения № 4 к настоящему Договору (кроме поля: «Номер и дата заключения договора») не заполнены соответствующими сведениями, информация считается представленной ненадлежащим образом.

Если указанные информация и документы не были надлежащим образом представлены «Заказчику», последний вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения настоящего Договора без возмещения «Исполнителю» убытков, заявив о таком отказе за 15 дней, по истечении которых Договор считается расторгнутым. При этом, все исполненное по Договору, а если это невозможно - стоимость исполненного, подлежит возврату, если предусмотренное Договором встречное предоставление (или взаимное исполнение) не может быть осуществлено ввиду расторжения Договора.

«Исполнитель» согласен на раскрытие «Заказчиком» предоставленной «Исполнителем» информации по форме Приложения № 4 к настоящему Договору, включая содержащиеся в ней персональные данные, путем ее предоставления в органы государственной власти и предоставляет «Заказчику» право передавать данную информацию и подтверждающие документы указанным органам. «Исполнитель», предоставляя «Заказчику» информацию по форме Приложения № 4 к настоящему Договору, обязуется выполнить все требования законодательства о защите персональных данных. «Исполнитель» подтверждает, что необходимые согласия субъектов персональных данных на их раскрытие, как это предусмотрено настоящим пунктом, «Исполнителем» получены (будут получены).

Условия, изложенные в настоящем пункте, являются существенными.

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Отказать Пациенту в оказании Медицинских услуг в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя.

## **2.3. Заказчик обязан:**

2.3.1. Оплачивать Медицинские услуги в размере и в порядке, определенном в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Направлять Исполнителю Список, составленный по форме Приложения № 2 к настоящему Договору не позднее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты оказания Медицинских услуг.

2.3.3. Выдавать Пациентам путевые листы и обеспечивать их явку по согласованному с Исполнителем графику проведения предрейсовых медицинских осмотров.

2.3.4. Вести журнал предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств, своевременно предоставлять его Исполнителю для внесения результатов медицинских осмотров.

2.3.5. Уведомлять Пациентов о необходимости предоставлять Исполнителю достоверную информацию о себе, имеющую значение для оказания Медицинских услуг.

2.3.6. Уведомить Пациентов о необходимости выполнять все рекомендации специалистов Исполнителя, связанные с оказанием Медицинских услуг.

2.3.7. Уведомить Пациентов о том, что для получения Медицинских услуг необходимо подписать соответствующие приложение к медицинской карте – заявление, содержащее согласие



на обработку/передачу данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне, составленное по форме Приложения № 3 к настоящему Договору.

2.3.8. Выполняет иные обязанности предусмотренные настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

#### **2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

### **3. Цена договора и порядок расчетов**

3.1. Ежемесячная стоимость Медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору.

3.2. Исполнитель на основании Акта об оказании услуг ежемесячно выставляет Заказчику счет и счет-фактуру на оплату фактически оказанных Медицинских услуг.

3.3. Заказчик оплачивает оказанные Медицинские услуги в соответствии со стоимостью, указанной в Приложении № 1, в течение 30 (тридцати) банковских дней с момента получения счета путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять стоимость Медицинских услуг, указанную в Приложении № 1 к настоящему Договору. Об изменении стоимости Медицинских услуг Исполнитель письменно информирует Заказчика не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты введения новой стоимости в действие. В случае несоблюдения срока уведомления об изменении стоимости Медицинских услуг, Заказчик вправе оплачивать услуги по действующим расценкам до момента наступления оговоренного в настоящем пункте Договора срока

3.5. По окончании срока действия настоящего Договора или его досрочном расторжении Стороны обязаны на основании Акта сверки расчетов в течение 30 (тридцати) банковских дней с момента его подписания произвести полный взаиморасчет.

### **4. Порядок сдачи и приемки услуг**

4.1. По факту оказания Медицинских услуг за отчетный период Исполнителем составляется двусторонний Акт об оказании услуг.

4.2. Исполнитель в течение 25 (двадцать пять) календарных дней с момента окончания отчетного месяца представляет Заказчику для подписания Акт об оказании услуг.

4.3. Заказчик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Акта об оказании услуг подписать Акт или направить Исполнителю мотивированный отказ от приемки оказанных им услуг.

4.4. В случае получения Исполнителем мотивированного отказа Заказчика от приемки Медицинских услуг и/или Дополнительных медицинских услуг, Сторонами в течение 2 (два) рабочих дней с момента получения отказа составляется двусторонний акт с указанием выявленных недостатков, порядка и сроков их устранения.

4.5. Медицинские услуги за месяц считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Заказчиком с момента подписания Сторонами Акта об оказании услуг, а в случае не подписания Заказчиком Акта об оказании услуг в сроки, установленные п. 4.3 Договора, и не получения Исполнителем мотивированного отказа от подписания Медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащим образом, принятыми Заказчиком и подлежат оплате в порядке, установленном условиями настоящего Договора.

### **5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.2. За нарушение сроков платежей, предусмотренных пунктом 3.3 настоящего Договора, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты пени в размере 0,1 (одна десятая) процента от просроченной суммы за каждый день просрочки.

5.3. Обязанность по уплате неустойки возникает у нарушившей Стороны с момента получения письменного требования другой Стороны. Выплата неустойки не освобождает Сторону от обязанности выполнять свои обязательства по Договору.



5.4. Исполнитель вправе приостановить оказание Медицинских услуг Пациентам в случае задержки Заказчиком платежей, предусмотренных пунктом 3.3 настоящего Договора, свыше двух недель.

5.5. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зависящих от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, изменения правовой базы и т.д.), возникших после заключения настоящего Договора, препятствующих выполнению обязательств Сторон по настоящему Договору, и делающих выполнение этих обязательств невозможным, выполнение настоящего Договора приостанавливается в соответствии с действующим законодательством.

## 6. Конфиденциальность

6.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о ценах на Медицинские услуги;
- сведения о Пациентах, а также заболеваниях Пациентов,
- информация, связанная с расчетами Сторон по Договору.

## 7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в действие с «05» ноября 2019 г. и действует до «05» ноября 2020 г., а в части взаиморасчетов Сторон, в том числе являющихся следствием нарушения условий настоящего Договора, до полного их завершения.

7.2. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. Сторона-инициатор расторжения Договора письменно оповещает другую Сторону не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до прекращения договорных отношений.

## 8. Заключительные положения

8.1. Все Приложения являются составной и неотъемлемой частью настоящего Договора.

8.2. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон, за исключением случаев, указанных в настоящем Договоре.

8.3. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами из настоящего договора или в связи с ним, регулируются ими путем переговоров с применением претензионного порядка. При этом претензии рассматриваются, и ответ на них направляются стороной, к которой они предъявлены в двухнедельный срок со дня их поступления. При не урегулировании споров и разногласий путем переговоров с применением претензионного порядка либо неполучения в срок ответа на претензию они подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Республики Дагестан в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах - по одному для сторон.

### ЗАКАЗЧИК:

**МКОУ РД «Мужукайский**

Агротехнический лицей»  
Бабаюртовского района

ИНН/КПП 0505002754/050501001

БИК 048209001

ОГРН: 1040501098747

/Амангишиев А.Т/

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ГБУ РД**

**«Бабаюртовская ЦРБ**

368060, РД с Бабаюрт ул.Ирчи Казака 13

ИНН/КПП 0505054760/050501001

р/счет 40601810100001000001

ГРКЦНБ Банк России г.Махачкала

Бик 048209001

/ Ш.А.Дугужев





Приложение № 1  
к Договору № 60 \_\_\_\_\_  
на проведение предрейсовых медицинских  
осмотров водителей транспортных средств  
от « 09 » ноября \_\_\_\_\_ 2020 г.

Целью предрейсовых медицинских осмотров водителей является выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автотранспортным средством как с позиции обеспечения безопасности дорожного движения, так и охраны здоровья водителя и пассажиров.

1. Место проведения: ГБУ РД «Бабаюртовская ЦРБ», с.Бабаюрт ул. Ирчи Казака 13
2. Время проведения: предрейсовые с 06.30 мин. до 08ч.30 мин. по мск., послерейсовые с 17ч.30 мин до 19ч.30 мин, ежедневно.
3. При предрейсовом медицинском осмотре проводится:
  - сбор анамнеза;
  - определение артериального давления и пульса;
  - определение наличия алкоголя и других психотропных веществ в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах одним из официально признанных методов;
  - при наличии показаний - любые другие разрешенные медицинские исследования, необходимые для решения вопроса о допуске к работе.
4. Для водителей, больных гипертонической болезнью, определяется индивидуальная норма артериального давления по результатам замеров не менее чем десяти предрейсовых медицинских осмотров.
5. При решении вопроса о возможности допуска водителя к управлению автомобилем медицинский работник, проводящий предрейсовый медицинский осмотр, учитывает принадлежность водителя к одной из групп риска, возраст, стаж работы в профессии, условия работы и характер производственных факторов.
6. Результаты проведенного медицинского осмотра в обязательном порядке заносятся в журнал.
7. При отсутствии жалоб, объективных признаков заболеваний, нарушений функционального состояния организма, признаков употребления спиртных напитков, нарушений режима труда и отдыха водитель допускается к работе. При допуске к рейсу на путевых листах ставится штамп «прошел предрейсовый медицинский осмотр» и подпись медицинского работника, проводившего осмотр.
8. Водители не допускаются к управлению автомобилем в следующих случаях:
  - при выявлении признаков временной нетрудоспособности;
  - при положительной пробе на алкоголь, на другие психотропные вещества и наркотики в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах;
  - при выявлении признаков воздействия лекарственных или иных веществ, отрицательно влияющих на работоспособность водителя.
9. По результатам предрейсового медицинского осмотра ведется полицейской учет отстраненных от работы водителей, для чего используются установленные бланки карт амбулаторного больного. В карту заносятся результаты освидетельствования (анамнез, объективные данные осмотра, причина отстранения).
10. Медицинский работник ежемесячно подводит итоги предрейсовых медицинских осмотров с анализом причин отстранения от работы водителей, и результаты доводит до сведения Заказчика. Заказчик ежемесячно проверяют результаты медицинских осмотров, обращая особое внимание на случаи отстранения от работы водителей, употребляющих алкоголь и другие психотропные вещества.
11. Стоимость предрейсового осмотра и документального оформления послерейсового осмотра составляет:

Наименование медицинской услуги	Цена, руб. за 1 услугу
Предрейсовый осмотр одного водителя на территории «Заказчика»	35,00
Послереисовый осмотр одного водителя на территории «Заказчика»	35,00

12. Медицинские услуги по настоящему договору НДС не облагаются в соответствии с пп.2. п.2 ст. 149 Налогового Кодекса РФ .

### ПОДПИСИ СТОРОН

От Заказчика:



Амангишиев А.Т./

М.П.

От Исполнителя:



Ш. А. Дугужев/

М.П.

Приложение № 2  
к Договору № 60  
на проведение предрейсовых  
и послерейсовых медицинских  
осмотров водителей  
транспортных средств  
от «09\_» 11 2020 г.

Список водителей, подлежащих медицинскому осмотру

п/п	Ф.И.О.	Наименование должности
1.	Аджимавов К.З	Водитель со стажем

ПОДПИСИ СТОРОН



От Заказчика:

Амангишиев А.Т./

М.П.



От Исполнителя:

/Ш.А.Дугужев/

М.П.



Приложение № 3  
к Договору № \_\_\_\_\_  
на проведение предрейсовых  
и послерейсовых медицинских  
осмотров водителей транспортных средств  
от « 09 » \_\_ 11 \_\_\_\_\_ 2020 г.

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ, СОДЕРЖАЩЕГО СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ/ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ, ОТНЕСЕННЫХ ДЕЙСТВУЮЩИМ  
ЗАКОНАДАТЕЛЬСТВОМ К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ И/ИЛИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, пациент (представитель пациента) Аджимавов Курбангази Зукаевич  
(Ф.И.О. полностью)

гражданин Россия пол (М/Ж): М дата рождения: 14.02.1965  
(страна)

паспорт: 82 09 794849 выдан: ТП УФМС РОССИИ по Республики Дагестан в Бабаюртовском районе  
(серия и номер) (когда и кем)  
03.03.2010г код подразделения: 052-018

прописанный(ая) по  
адресу: С Янгилбай Респ. Дагестан Бабаюртовского района  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

проживающий(ая) по  
адресу: С Янгилбай Респ. Дагестан Бабаюртовского Района  
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: \_\_\_\_\_  
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода)

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку\*\* моих персональных данных (персональных данных пациента) оператором – ГБУ РД Бабаюртовская ЦРБ, ОГРН 1020501099904, ИНН 0505008717, юридический адрес: РД, 368060, с.Бабаюрт, ул.Ирчи Казака, д.13**

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, обработка персональных данных (в том числе в информационных системах оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в Группу компаний «Медси», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по e-mail, sms, телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ЗАО «Группа компаний «Медси» в виде sms-сообщений, по e-mail и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.



Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

1. Получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, а также у третьих лиц;
2. Хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами;
5. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ передача по внутренней сети и во внешние организации путем \_\_\_\_\_ (на машинных носителях, защищенным каналам связи).
6. Блокирование;
7. Уничтожение.

Оператор также 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора<sup><\*></sup>, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении либо при получении письменного запроса.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1. На получение сведений об операторе, о месте его нахождения, о наличии у оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными.
2. Требования от оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав.
3. На получение при обращении или при получении запроса информации, касающейся обработки персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных оператором, а также цель обработки;
- 2) способы обработки персональных данных, применяемые оператором;
- 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Пациент (Представитель пациента) Аджимавов Курбангази .Зукаевич  
(подпись пациента, либо Представителя пациента, фамилия, имя, отчество)

Дата «09 » ноябрь \_\_\_\_\_ 2020 г.