

№ 02-14/388

УТВЕРЖДАЮ

Президент АО «Медицина»



Г.Е.Ройтберг

2021 2022г.

ДОГОВОР

об оказании АО «Медицина» отдельных платных медицинских услуг

г. Москва «__» _____ 20__ г.

_____, дата рождения _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
_____, дата выдачи «__» _____ г., код подразделения:
_____, зарегистрирован по адресу: _____
(если адрес проживания отличается от адреса регистрации: адрес проживания: _____), именуемый

в дальнейшем «Заказчик» (Пациент), с одной стороны, и Акционерное общество «Медицина», находящееся по адресу: 125047, город Москва, 2-й Тверской-Ямской переулок, д. 10 (местонахождение), зарегистрированное 19.03.1992 Государственным учреждением Московская регистрационная палата и внесенное 11.11.2002 в Единый государственный реестр юридических лиц за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1027700417524, имеющее лицензию от 19.03.2019 № ЛО-77-01-017705, Департамента здравоохранения города Москвы (127006, город Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: +7 (499) 251-83-00), далее именуемое «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по сервисно-информационному обслуживанию АО «Медицина» Панченко Елены Сергеевны, действующей на основании доверенности от _____ № _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Пациенту) платные медицинские и иные услуги (далее – услуги), а Заказчик (Пациент) обязуется оплачивать эти услуги.

1.2. Заказчик (Пациент) определяет перечень необходимых услуг по Прейскуранту Исполнителя, размещенному на официальном сайте в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/>, который отражается в счете Исполнителя (Приложение № 1 к Договору).

1.3. Услуги предоставляются с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006.

Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и/или здоровью при оказании медицинских услуг Пациенту.



1.4. Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуги определяет Пациент, используя систему автоматизированной электронной записи на прием к медицинскому специалисту либо через обращение к администратору Исполнителя.

1.5. Предварительным условием получения услуги является дача Пациентом на приеме у специалиста Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

1.6. Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалиста, оказывающего услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской помощи, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.7. Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА И РАСЧЕТЫ

2.1. Цена Договора устанавливается стоимостью определенных Заказчиком (Пациентом) услуг (пункт 1.2 Договора) и указывается в счете Исполнителя (Приложение № 1 к Договору).

2.2. Стоимость медицинских услуг указана в Прейскуранте, размещенном на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/>.

Информацию о стоимости услуг можно также получить по телефону: +7 (495) 995-00-33.

2.3. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/>.

Заказчик (Пациент) соглашается с этим правом Исполнителя и признает для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.

2.4. Оплата услуг по Договору производится Заказчиком по счету Исполнителя (Приложение № 1 к Договору) заблаговременно до получения услуги. В порядке, предусмотренном Приложением № 4 к настоящему Договору, Исполнитель по распоряжению Держателя может осуществить операцию предавторизации банковской карты Заказчика.

2.5. Если по результатам приема медицинский специалист Исполнителя направляет Пациента с его согласия на процедуру, которая может быть оказана сразу после приема, а Пациенту удобно ее получить до оплаты, информация о данной услуге вносится в медицинскую карту Пациента и выдается счет с расшифровкой проведенной процедуры (Приложение № 1 к Договору), который подлежит оплате в день получения услуги.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

3.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору.

3.2. Действие Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажор: стихийные бедствия, военные действия, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

3.3. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по инициативе Заказчика (Пациента) в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Заказчик вправе:

4.1.1. Получить в доступной форме информацию о перечне и порядке оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, о режиме работы Исполнителя; о медицинском специалисте, предоставляющем соответствующую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.1.2. Получить от Исполнителя документы для социального налогового вычета на лечение, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.3. Получить копию медицинской документации на бумажном или электронном носителе.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Запрашивать у Заказчика (Пациента) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

4.2.2. Привлекать для исполнения Договора другие медицинские организации и специалистов, сведения о которых размещаются на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/nashi-vrachi/>, а также на информационных стендах (стойках).

4.2.3. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять виды и объем медицинской помощи. Указанные в настоящем подпункте услуги оказываются бесплатно, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.3. Исполнитель обязан:

4.3.1. Предоставить Заказчику (Пациенту) карту-пропуск для посещения клиники Исполнителя.

4.3.2. Выдать по личному запросу Заказчика (Пациента) детализацию оказанных услуг и их стоимость по Прейскуранту.

4.4. Заказчик обязан:

4.4.1. Оплатить медицинские услуги в соответствии с разделом 2 настоящего Договора.

4.4.2. Ознакомиться с Памяткой о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике АО «Медицина» (Приложение № 2 к Договору).

4.4.3. Немедленно извещать Исполнителя об осложнениях и/или отклонениях в состоянии здоровья, возникающих в ходе лечения, а также о самостоятельном изменении курса лечения и обследования, включая отказ от него.

4.4.4. Предоставить Исполнителю подписанное Согласие на обработку его персональных данных – Соглашение о предоставлении сервисных услуг (Приложение № 3 к Договору).

4.4.5. Использовать для посещения клиники АО «Медицина» карту-пропуск, предъявлять ее администраторам Исполнителя при записи на прием к медицинским специалистам.

4.4.6. Прибывать на прием в срок, согласно предварительной записи. В случае невозможности посещения медицинского специалиста заблаговременно уведомить об этом Исполнителя по телефону: (495) 995-00-33.

4.4.7. Предоставить возможность фотографирования для базы данных с целью поддержания режима безопасности на территории Исполнителя.



5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Исполнитель не предоставляет иных услуг, кроме предусмотренных настоящим Договором, и вправе отказать, например, в просьбе присмотреть за малолетним ребенком, который прибыл с Пациентом для получения услуги. Такой отказ не является нарушением обязательств Исполнителя по Договору. Исполнитель не принимает и не несет какой-либо ответственности, в том числе в порядке ст. 402 Гражданского кодекса Российской Федерации за услуги, которые не предусмотрены настоящим Договором.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность информации, полученной при выполнении Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по сохранению конфиденциальности. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.2. Конфиденциальной информацией по Договору признаются:

6.2.1. Информация о содержании Договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Заказчике и персональные данные Пациентов.

6.2.2. Сведения, составляющие врачебную тайну.

6.3. Стороны обязуются соблюдать режим безопасности персональных данных и истории болезни Пациента(ов) при обработке информации, а также принимать все необходимые меры для предотвращения разглашения такой информации.

6.4. В соответствии со статьями 7, 9 и 18 Федерального закона «О персональных данных» Стороны обязуются обеспечивать правомерную передачу персональных данных друг другу, которая может осуществляться в целях выполнения обязательств по Договору. Не позднее даты передачи персональных данных передающая Сторона обязана предоставить получающей Стороне подтверждение того, что субъекты персональных данных, чьи персональные данные передаются, уведомлены о передаче и предстоящей обработке их персональных данных в форме согласия, позволяющей подтвердить факт его получения, или в форме подтверждения наличия оснований, указанных в пунктах 2–11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

6.5. Одна Сторона обязуется возместить другой Стороне убытки и расходы, понесенные вследствие нарушения конфиденциальности персональных данных.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все разногласия и споры Стороны согласовали решать путем мирных переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, посредством обращения в суд.

7.2. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим в Российской Федерации законодательством.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Изменения и дополнения к Договору действительны, если они совершены в форме Дополнительного соглашения и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Договор заключен в количестве экземпляров, равном количеству Сторон Договора. Экземпляр Договора предоставляется Пациенту с печатью и подписью

доверенного лица Исполнителя. Все экземпляры Договора, в том числе в электронном виде (имеющие подпись на электронном носителе), имеют равную юридическую силу.

Подписание экземпляра Договора в электронной форме осуществляется Стороной собственноручно на экране планшетного компьютера, оснащенного надлежащим программным обеспечением. Один (бумажный экземпляр) остается у Заказчика, второй (электронный) у Исполнителя.

8.3. Стороны договорились, что подпись заместителя главного врача по сервисно-информационному обслуживанию Панченко Е.С., выполненная путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического копирования, признается аналогом собственноручной подписи и имеет ту же юридическую силу.

8.4. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

8.4.1. Приложение № 1 – Форма счета за оказанные медицинские услуги с расшифровкой.

8.4.2. Приложение № 2 – Памятка о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике АО «Медицина».

8.4.3. Приложение № 3 – Согласие Пациента на обработку его персональных данных – Соглашение о предоставлении сервисных услуг.

8.4.4. Приложение № 4 – Распоряжение Держателя на оплату товаров/услуг с использованием реквизитов карты.

Заказчик (Пациент) ознакомлен и ему понятно содержание Приложений № 1, № 2, № 3, № 4 к Договору, с которыми он согласен.

Экземпляры Приложений № 1, 2, 3, 4 получены Заказчиком.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ЗАКАЗЧИК:

Полные реквизиты Заказчика (Пациента)

(_____)

дата рождения «__» _____ г.,

паспорт серии _____ № _____

выдан _____

«__» _____ г. К.-П. _____,

Зарегистрированн _____ по адресу:

 (если адрес проживания отличается от адреса
 регистрации: адрес проживания:

_____) ,

указываются в первом талоне на прием.

В последующих талонах на прием
 указывается Ф.И.О. Пациента, возраст,
 адрес регистрации (проживания).

_____ Заказчик

М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

АО «Медицина»

ИНН 7729058330

125047, г. Москва,

2-й Тверской-Ямской пер., д. 10

КПП 771001001, ОГРН 1027700417524

ОКВЭД 86.21, 21.20, 26.60.1, 32.12.1, 32.12.2,

33.13, 38.32.2, 41.20, 46.18.1, 46.46, 46.72.23,

46.90, 47.73, 47.74, 62.09. 63.11.1, 70.22,

72.19, 72.20, 73.20.1, 82.99, 86.10

ОКТМО 45382000, ОКПО 11234965

Расчетный счет №

40702810100190000492 Филиал

«Центральный»

Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве

БИК044525411

Кор. счет № 30101810145250000411

Заместитель главного врача по сервисно-
 информационному обслуживанию
 АО «Медицина»

_____ Е.С.Панченко

М.П.



Приложение № 1
к Договору от _____
№ _____

Счет за оказанные медицинские услуги с расшифровкой

Врач: ФИО

Счет № _____ за оказанные медицинские услуги с расшифровкой Дата: _____

Пациент: (номер карты) ФИО _____

Платательщик: ФИО

Перечень медицинских услуг	Кол-во	Цена	Сумма	%	НДС %
Всего начислено:					

Частичная оплата:

0

**Всего к
оплате**

Администратор _____
(подпись)

Заказчик _____ / _____ /
подпись ФИО

Сохраняйте ваш кассовый чек!



ПАМЯТКА

о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике АО «Медицина»

При обслуживании в АО «Медицина»:

1. Назначается весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, позволяющий обеспечить качество лечения и диагностики на высоком уровне.

2. Все исследования и лечебные процедуры выполняются по направлению, выданному врачом АО «Медицина».

3. При посещении клиники необходимо предъявлять именную карту-пропуск или использовать QR-код, полученный в смс-сообщении или созданный в Личном кабинете, мобильном приложении. Передача пропуска другим лицам не допускается.

4. В период действия договора для пациентов, прикрепленных по договорам оказания платных медицинских услуг по Перечням № 1 и 3, один раз в год по назначению врача АО «Медицина» проводится диспансеризация, приглашение для прохождения которой пациент получает по телефону в течение месяца от даты начала действия прикрепления.

Для оперативной связи пациенту необходимо оставить контактный телефон.

5. В терапии, педиатрии и гинекологии принят участковый принцип обслуживания. По письменному заявлению пациента возможно сменить участкового врача один раз за период прикрепления. Оформить заявление можно у любого администратора в клинике либо направить по электронной почте по адресу: dou@medicina.ru.

6. Подписав Соглашение о предоставлении сервисных услуг, пациенты АО «Медицина» имеют возможность:

- получать уведомления по электронной почте о готовности результатов лабораторных и диагностических исследований и возможности их просмотра в Личном кабинете на сайте клиники: my.medicina.ru, в мобильном приложении;

- просматривать протоколы приемов медицинских специалистов, лабораторных и диагностических исследований в Личном кабинете на сайте клиники: my.medicina.ru, в мобильном приложении;

- просматривать на информационных терминалах протоколы приемов медицинских специалистов, лабораторных и диагностических исследований;

- получать SMS-напоминания о записи на прием к специалисту, исследованию;

- получать результаты исследований по телефону или на бумажном носителе при сообщении кодового слова;

- получить медицинскую консультацию с применением телемедицинских технологий (только для повторных приемов) через Личный кабинет на базе платформы «iBolit», подключение осуществляется на приеме у врача (по предварительному обращению, услуга платная):

- в неотложной форме – в сроки от 3 часов до 24 часов;

- в плановой форме – в сроки от 24 часов до 72 часов.

7. Для просмотра истории болезни через Личный кабинет на сайте: my.medicina.ru необходимо:

- зарегистрироваться на сайте, заполнив поля предложенной на экране формы;

- войти в Личный кабинет, перейти по клавише «История болезни» на закладку, где система попросит Вас ввести ПИН-код.



После проверки соответствия введенных данных доступ открывается.

ПИН-код не является паролем для входа в Личный кабинет.

8. Прием в клинике ведется по предварительной записи (за исключением кабинета УЗИ, ЭКГ, клинико-диагностической лаборатории).

Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуг определяет Пациент, используя систему автоматизированной электронной записи на прием к медицинскому специалисту либо через обращение к администратору Исполнителя.

За опоздание пациента принято время:

- на прием специалистов – 10 минут;
- на диагностическое исследование – 5 минут.

В том случае, если опоздание превышает принятое время, пациенту предоставляется возможность повторной записи или ожидания приема в ближайшее свободное время.

Запись осуществляется с помощью:

• звонка с мобильного или стационарного телефона в справочно-информационную службу клиники.

Если все операторы на момент звонка заняты, можно заказать обратный звонок на мобильный/домашний телефон:

1) в тональном режиме нажать кнопку «1» для звонка на телефон, с которого произведен звонок;

2) оставить голосовое сообщение.

ВНИМАНИЕ! не использовать для обратного отзвона (отсутствует возможность обратного звонка):

- другой номер телефона;
- международные или общие корпоративные номера телефонов.
- **мобильного приложения** на любом устройстве с доступом к интернету.

ВАЖНО! Для регистрации необходимо иметь личный номер истории болезни (карты) в АО «Медицина», а также транскрипция персональных данных (Ф.И.О., адреса проживания и электронной почты, номер телефона) должна совпадать с данными, внесенными в медицинскую информационную систему клиники;

• Личного кабинета (my.medicina.ru).

9. Допустимое время ожидания приема специалистов и/или проведения диагностических исследований по предварительной записи – 20 минут.

При этом принимается во внимание отсутствие:

- опоздания пациента;
- экстренной и/или неотложной ситуации на приеме у врача.

10. Отменить или перенести визит в клинику можно заблаговременно по телефону: (495) 995-00-33 или в использованном для записи электронном сервисе.

11. Вызов скорой медицинской помощи в неотложной форме осуществляется КРУГЛОСУТОЧНО по телефону: (495) 229-00-03.

При отсутствии на момент вызова свободных бригад пациенту обеспечивается вызов скорой помощи «03». При освобождении бригада АО «Медицина» связывается с пациентом для уточнения состояния и актуальности вызова.

12. Вызов врача на дом:

- вызов терапевта принимается круглосуточно. Если вызов сделан после 15:00 (в субботу – после 12:00), врач приедет на следующий рабочий день клиники;
- вызов педиатра принимается с пн.-пт. – с 08:00 до 12:00; сб. – с 09:00 до 12:00, в другое время необходимо вызывать скорую медицинскую помощь в неотложной форме.

13. Для связи с лечащим врачом по телефону необходимо позвонить в справочную службу: (495) 995-00-33 и передать просьбу администратору, сообщив свой контактный телефон. Врач свяжется с Вами при первой возможности.



14. По вопросам качества обслуживания в АО «Медицина» обращаться:

- по телефону: (495) 995-00-33;
- лично к главным врачам отделений клиники;
- лично к главному врачу и его заместителям (10-й этаж, кабинет № 4), тел.: (499) 251-97-99;
- письмом в адрес клиники: 125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10;
- письмом по электронной почте: dou@medicina.ru;
- письменно в разделе «Оставить отзыв» интернет-сайта www.medicina.ru.

15. Предложения, замечания или пожелания по работе клиники Вы можете высказать по специальным телефонным аппаратам красного цвета (снять трубку и произойдет соединение), установленным в следующих местах:

- на первом этаже у лифта;
- на первом этаже рядом с регистратурой;
- на десятом этаже рядом с приемной главного врача.

16. Часы работы клиники:

Пн.-пт. – с 08:00 до 21:00.

• Прием проб для лабораторных исследований – будни с 07:30 до 20:30, перерыв с 13:30 до 14:00.

- Кабинет массажа, косметология – с 08:00 до 22:00.
- Кабинет ультразвуковых исследований – с 08:00 до 22:00.

Сб. – с 09:00 до 19:00.

Прием проб для лабораторных исследований с 08:00 до 18:00, перерыв с 13:30 до 14:00.

В воскр. работают: дежурный терапевт, кабинет электросветолечения, массаж, дежурный стоматолог, клиничко-диагностическая лаборатория, кабинет УЗД – с 09:00 до 15:00, косметология – до 18:00.

Прием у данных специалистов осуществляется без записи, в порядке живой очереди.

По записи осуществляется прием:

- кабинет электросветолечения на отдельные физиотерапевтические процедуры (перечень можно уточнить у администратора) и массаж;
- травматология – каждый день с 08:00 до 22:00 (кабинет № 402).

17. Скорая медицинская помощь в неотложной форме, кабинет магнитно-резонансной томографии, рентгенрадиология, стационар – работают **КРУГЛОСУТОЧНО**.

Клиничко-диагностическая лаборатория для пациентов стационара в дежурном режиме работает **КРУГЛОСУТОЧНО**.

Работа в праздничные дни предусмотрена согласно внутреннему распорядку клиники АО «Медицина». Информацию можно получить на сайте Клиники АО «Медицина», а также на информационных стойках у администраторов и специалистов отдела по оформлению договоров.

18. При посещении клиники запрещается:

- проносить легковоспламеняющиеся жидкости и горючие жидкости (ЛВЖ и ГЖ);
- пользоваться открытым пламенем (спичками и зажигалкой);
- курить в здании клиники и на улице при входе в клинику.

19. Телефоны клиники:

- Справочно-информационная служба – (495) 995-00-33 (многоканальный);
- Диспетчер скорой медицинской помощи – (495) 229-00-03;
- Вызов врача на дом – (495) 229-00-03;
- Травматология – (499) 251-52-97;
- Госпитализация в стационар – +7 (916) 591-00-17.

В отделение семейной медицины можно позвонить по телефону: (495) 995-11-33 (для пациентов, прикрепленных к отделению).



Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуг определяет Пациент, используя систему автоматизированной электронной записи на прием к медицинскому специалисту либо через обращение к администратору Исполнителя.



Приложение № 4
к Договору от _____
№ _____

**РАСПОРЯЖЕНИЕ ДЕРЖАТЕЛЯ НА ОПЛАТУ ТОВАРОВ/УСЛУГ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКВИЗИТОВ КАРТЫ**

CARDHOLDER ORDER ON PAYMENT WITHOUT CARD PRESENTATION

I, Surname: _____ Я, Фамилия	Passport, ID: _____
First Name: _____ Имя	Паспорт _____ Country/Nationality: _____
Second Name _____ Отчество	Страна/Гражданство _____ Contact: <input type="checkbox"/> fax/tel _____ Контакт <input type="checkbox"/> e-mail _____

by present Order entitle _____ (Company) to debit Cost of purchase/service from My Credit Card Account:
(Company's name)
настоящим Распоряжением предоставляю _____ (Предприятию) право списать плату за товары/услуги со
счета моей карты:
(Наименование Предприятия)

Embossed Cardholder Name: _____ Card Type: Visa
Имя и фамилия на карте Вид карты MasterCard
Card number: _____ Diners Club
Номер карты
CVV2/CVC2 _____ (the last three figures located on the signature panel)
Код безопасности (последние три цифры, указанные на полосе для подписи)
Valid from (optional): ____/____/____ Expiry Date: ____/____/____
Срок начала действия карты (если есть) Срок окончания действия
List of goods/services:
Перечень товаров/услуг

Index (Code) of purchase/service Номер (код) товара/услуги	Type of purchase/service Наименование товара/услуги	Cost of purchase/service Стоимость товара/услуги
		RUR Рублей
		RUR Рублей
		RUR Рублей
Total Cost of purchase/service Общая Стоимость товаров/услуг		RUR Рублей

I confirm that Company informed me about terms and conditions of this purchase/service. I permit My Bank to debit Total "Cost of purchase/service" from my Credit Card Account.
Я подтверждаю, что Предприятие информировало меня об условиях и сроках оказания данной услуги. Я разрешаю моему банку списать со счета моей карты общую стоимость указанных товаров/услуг.

Date of Order: ____/____/____ Signature: _____
Дата Распоряжения Подпись

Cardholder's Area / Заполняется Держателем