

ФОРМА

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Нижневартовск

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____, именуемый
в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ действующего на
основании _____ и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница», именуемое в
дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на
основании _____, и лицензии на осуществление медицинской деятельности
№ЛО41-01193-86/00553275 от 22.12.2020, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны»,
заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по заявкам Заказчика оказывать на возмездной основе медицинские услуги, указанные в п. 1.3. настоящего Договора гражданам, указанным в Заявках Заказчика (далее – Потребители) а Заказчик обязуется принять и оплатить, оказанные медицинских услуг в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Медицинские услуги, оказываются на основании письменной заявки Заказчика, оформленной по форме согласно приложения 2 к настоящему Договору, в порядке очередности поданных заявок. В заявке Заказчик, указывает физическое лицо (далее –Потребителя), которому оказываются медицинские услуги, перечень оказываемых Потребителю, платных медицинских услуг, лимиты финансирования для Потребителя. Заявка подается в письменном виде лично или почтовым отправлением по адресу: г. Нижневартовск, ул. Ленина, 18 с 8.00 до 16.00. Возможна подача заявки по электронной почте adm@okbnv.ru

1.3. Перечень платных медицинских услуг, оказанных Потребителю, указывается в реестре, оказываемых платных медицинских услуг, который составляется на основании Заявки, поданной Заказчиком по форме согласно приложению 3 к настоящему Договору и является неотъемлемой частью Договора.

1.4. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг определены в Порядке предоставления платных медицинских услуг в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница» (далее - Порядок). Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что он ознакомлен и выражает свое согласие с Порядком.

1.6. Срок оказания платных медицинских услуг составляет тридцать календарных дней со дня подписания настоящего Договора. Срок ожидания оказания платных медицинских услуг в плановой форме, не более 14 рабочих дней со дня получения Заявки Заказчика Исполнителем.

1.7. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством

здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

1.8.Потребитель в любое время может отказаться от оказания платных медицинских услуг. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

1.9.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель предупреждает об этом Заказчика Потребителя. Оказание дополнительным платных медицинских услуг осуществляется на после заключения дополнительного соглашения к Договору либо на основании нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

1.10.В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.11.Подтверждением оказания платных медицинских услуг Исполнителем Потребителю является акт об оказании услуг, подписанный Исполнителем и Заказчиком и являющийся неотъемлемой частью настоящего Договора.

II.СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

2.1. Полное наименование – бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница»;

Сокращённое наименование – БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница»;

Юридический адрес и адрес места нахождения – 628606, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г.Нижневартовск, улица Ленина, дом 18;

Официальный сайт в сети Интернет - www.okbnpv.ru;

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) - 1028600940587;

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) - 8603005902;

2.2. Адрес (а) место (а) оказания медицинских услуг: _____.

2.3. Исполнитель действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01193-86/00553275 от 22 декабря 2020г., срок действия лицензии – бессрочно, выданной _____ (далее – лицензия).

2.4. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указан в лицензии, в том числе: _____.

2.5. Лицензия при заключении договора предъявлена Заказчику и Потребителю для ознакомления и находится в свободном доступе на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: www.okbnpv.ru

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Потребитель имеет право:

3.1.1. Получить платные медицинские услуги, указанные в п. 1.3. настоящего договора, соответствующие требованиям к качеству оказания медицинской помощи.

3.1.2. Получить бесплатную, доступную и достоверную информации об Исполнителе и оказываемых платных медицинских услугах;

3.1.3. На оказание медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.1.4. На квалифицированное оказание медицинских услуг и выбор врача.

3.1.5. Получить в доступной форме полную информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, о используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

3.1.6. Получить платные медицинские услуги в соответствующих санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических условиях;

3.1.7. На сохранение сведений, составляющих врачебную тайну;

3.1.8. Получить после оказания платных медицинских услуг медицинские документы, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.9. В любое время отказаться от оказания платных медицинских услуг;

3.1.10. На предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. При заключении договора предоставить сведения о Потребителе (фамилия, имя, отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон, данные документа, удостоверяющего личность). При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги;

3.2.2. Явиться на прием (консультацию, обследование, госпитализацию) к специалистам (медицинским работникам) Исполнителя в назначенную дату, время и место.

3.2.3. Сообщать до начала оказания медицинских услуг медицинскому работнику Исполнителя, предоставляющему медицинскую услугу, достоверные сведения о своем самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении, имеющихся аллергических реакциях и другую необходимую информацию, касающуюся своего здоровья, сообщать о любых изменениях в самочувствии в период лечения, а также проинформировать Исполнителя о своем обращении за оказанием медицинской услуги в другие медицинские организации или к другим специалистам (медицинским работникам) по причине того же заболевания, в связи с которым он обратился к Исполнителю;

3.2.4. Соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения, требования по подготовке к оказанию медицинских услуг, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг;

3.2.5. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности и правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем;

3.2.6. Заботится о сохранении своего здоровья, не предпринимать действий, которые могут ухудшить результат лечения или вызвать осложнения;

3.3. Заказчик имеет право:

3.3.1. Получить бесплатную, доступную и достоверную информации об Исполнителе и оказываемых платных медицинских услугах;

3.3.2. На оказание медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг Потребителю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.3.3. На сохранение сведений, составляющих врачебную тайну;

3.3.4. Предоставить мотивированный отказ от подписания акта об оказании медицинских услуг в течение 5 рабочих дней со дня получения акта об оказании медицинских услуг.

3.4. Заказчик обязан:

3.4.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором;

3.4.2. Оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору, в случае отказа Потребителя в одностороннем порядке от получения платных медицинских услуг и (или) расторжении Договора.

3.4.3. Рассмотреть и подписать акт об оказании медицинских услуг, представленный Исполнителем, в течение 5 рабочих дней со дня получения, вернуть подписанный акт Исполнителю. Подписанный Сторонами акт об оказании медицинских услуг является подтверждением оказания платных медицинских услуг.

3.5. Исполнитель имеет право:

3.5.1. Требовать от Потребителя соблюдения им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, требований по подготовке к оказанию платных медицинских услуг, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг;

3.5.2. Требовать предоставления Потребителем информации о его самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении, имеющихся аллергических реакциях и другой необходимой информации, касающейся его здоровья, сообщения о любых изменениях в его самочувствии в период лечения;

3.5.3. Перенести дату и время оказания платных медицинских услуг по согласованию с Потребителем в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, в том числе внезапная поломка оборудования, болезнь медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу и т.п.;

3.5.4. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о Потребителях и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдению врачебной тайны.

3.6. Исполнитель обязан:

3.6.1. Своевременно и качественно оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями Договора.

3.6.2. Информировать Потребителя в доступной форме 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;

3.6.3. Предоставить Потребителю достоверную информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах лечения, о используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, применяемых при оказании платных медицинских услуг;

3.6.4. Оказывать медицинскую помощь при предоставлении платных медицинских услуг в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской

помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.6.5. Предупредить Потребителя и Заказчика о необходимости оказания дополнительных платных услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.6.6. При отказе от медицинского вмешательства разъяснить Потребителю в доступной для него форме возможные последствия такого отказа. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий вносится в медицинскую документацию и подписывается Потребителем, медицинским работником Исполнителя, предоставляющим медицинскую услугу. При отказе Потребителя подписать отказ от медицинского вмешательства, подтверждающий его информированность о возможных последствиях такого отказа, документ визируется заведующим отделением и лечащим врачом.

3.6.7. По требованию Заказчика и (или) Потребителя представить для ознакомления выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.6.8. Хранить врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

3.6.9. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления;

3.6.10. Предоставить Заказчику акт об оказании медицинских услуг в течение 5 рабочих дней после полного завершения оказания медицинских услуг.

3.6.11. После оказания платных медицинских услуг в стационарных условиях Потребителю в день выписки из стационара без взимания платы выдается выписка эпикриза и другие медицинские документы, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

IV. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Ориентировочная стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителям, по Заявкам направленным Заказчиком составляет _____ руб.

4.2. Оплата производится в безналичном порядке путем перечисления Заказчиком денежных средств на указанный в настоящем Договоре расчетный счет Исполнителя.

4.3. Оплата за оказанные услуги осуществляется ежемесячно, согласно поданных заявок, в течение 10 рабочих дней со дня направления Исполнителем Заказчику счета, счет-фактуры и акта оказанных услуг, составленного по форме согласно приложению 4 к настоящему Договору.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение им своих обязательств по Договору, если неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение произошло вследствие:

- предоставления Потребителем недостоверных сведений, в том числе информации, касающейся его здоровья;

- несоблюдения Потребителем указаний (рекомендаций) специалиста Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, требований к подготовке к оказанию медицинской услуги.

- несвоевременная явка Потребителя на прием к специалистам (медицинским работникам) Исполнителя;

- одновременное лечение Потребителя в других медицинских организациях или у других специалистов (медицинских работников) в связи с заболеванием, по причине которого он обратился к Исполнителю, в случае если Потребитель использует указания (рекомендации) иных медицинских организаций и специалистов (медицинских работников) без согласия специалистов (медицинских работников) Исполнителя.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению Сторонами обязательств по настоящему договору.

5.5. За просрочку оплаты оказанных медицинских услуг Потребителю, Заказчик уплачивает исполнителю пеню из расчета 0,5% от неоплаченной в срок суммы – за каждый день просрочки платежа.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в соответствии с требованиями законодательства РФ. Разглашение и предоставление данных сведений третьим лицам, возможно только в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.2. Разногласия и споры, возникающие между Исполнителем и Потребителем и (или) Заказчиком разрешаются путем переговоров. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги Исполнитель рассматривает заявленные требования в течение 10 календарных дней со дня предъявления соответствующего требования.

6.3. Обращение (жалоба) Потребителя и (или) Заказчика может быть направлено Исполнителю на почтовый адрес: 628606, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Нижневартовск, ул. Ленина д. 18, на электронный адрес: adm@okbnn.ru,

6.4. В случае невозможности урегулировать разногласия и споры путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

VII. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, СРОК И ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или решению суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. При заключении Договора Заказчику предоставлена в доступной форме информация: о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.6. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

VIII. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК:

Полное и сокращенное наименование:

Юридический, фактический и почтовый адреса:

ОГРН:

ИНН:

КПП:

Банковские реквизиты:

Контактные телефоны:

Адрес электронной почты:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Нижевартовская окружная клиническая больница»

(БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница»)

Юридический адрес, место нахождения и почтовый адрес РФ, 628606, ХМАО – Югра,

г.Нижевартовск, ул. Ленина, дом 18

ИНН 8603005902 КПП 860301001

ОГРН 1028600940587 от 19.08.2002

Банковские реквизиты: УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (Депфин Югры, БУ

«Нижевартовская окружная клиническая больница» л/сч 620.33.322.0) БИК 007162163

Счет получателя 03224643718000008700

Счет банка получателя 40102810245370000007

РКЦ ХАНТЫ-МАНСИЙСК/УФК

по ХМАО-Югре г. Ханты-Мансийск

КБК 000000000000000000130

Дата постановки на учет в налоговом органе 30.09.1991

Сайт учреждения www.okbnv.ru

Тел. 8 (3466) 29-10-67 Добавочные :

996, 844, 837 – Кабинеты платных услуг

912, 913 – Финансовый отдел

928, 929 – Юридический отдел

Е-mail: adm@okbnv.ru

От Заказчика:

_____/_____

М.П.

От Исполнителя:

_____/_____

М.П.

ПЕРЕЧЕНЬ
платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

(ФИО Потребителя)

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Ед. изм.	Цена за ед.изм руб.	Количество	Сумма Руб.

Исполнитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

Потребитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

М.П.

(оформляется на фирменном бланке Заказчика)

ЗАЯВКА
на оказание платных медицинских услуг

На основании договора на оказание платных медицинских услуг от «____» _____
20__ г. №____ прошу оказать гражданину_____

Ф.И.О. Потребителя _____ дата рождения, адрес проживания _____
документ удостоверяющий личность _____, _____, выдан _____

вид документа _____ серия , №, документа _____ кем и когда _____

номер телефона Потребителя _____
следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Кол-во

Лимит финансирования по данной заявке составляет не более _____
(_____).

Оплату гарантируем.

должность

подпись

фамилия и инициалы

Приложение 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
от «____» _____ 202__ №_____

РЕЕСТР
оказанных платных медицинских услуг

наименование Заказчика

Ф.И.О Потребителя	Дата, вх. № заявки	Период лечения	Код по МКБ	Диагноз

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Ед. изм.	Кол-во	Цена за ед.изм руб.	Сумма Руб.

Исполнитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

М.П.

Заказчик:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

Приложение 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202 ____ № _____

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Нижневартовская окружная клиническая больница» ИНН _____, КПП _____,
адрес _____, тел. _____

АКТ № _____ от «_____» _____ 20__ г.
об оказании медицинских услуг

Заказчик: _____

Основание: _____

Валюта: руб.

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Ед. изм.	Кол-во	Цена за ед.изм руб.	Сумма Руб.
----------	---------------------------------	-------------	--------	---------------------------	---------------

Итого:

Итого НДС:

Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму _____,
в том числе НДС _____.

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

От исполнителя _____
(должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
М.П.

От заказчика _____
(должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
М.П.