Зарегистрировано в Минюсте России 28 июня 2013 г. N 28924

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА

ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,

ФОРМ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Список изменяющих документов

(в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4512976B495D91CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2cEO) Минздрава России от 10.08.2015 N 549н)

В соответствии со [статьей 20](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDFEBv2cAO) Федерального закона от 21 ноября 2011 г., N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить:

[порядок](#P37) дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств согласно приложению N 1;

[форму](#P75) информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, согласно приложению N 2;

[форму](#P143) отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, согласно приложению N 3.

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

ПОРЯДОК

ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), дает один из родителей или иной [законный представитель](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4592875B797D641D57DD9CBBC6B1B9A3EAC233FBAF73DDDvEc9O) в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного [частью 2 статьи 54](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DD8E8v2c9O) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом [порядке](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522071B597DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDCEBv2c1O) недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных [законодательством](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522071B597DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDCE8v2cFO) Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста) <1>.

--------------------------------

<1> В соответствии с [частью 2 статьи 20](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDFE8v2cCO) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), оформляется после выбора медицинской организации и врача <1> при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

--------------------------------

<1> [Приказ](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4512273B394DC1CDF7580C7BE6Cv1c4O) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г. N 24278).

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), оформляется по [форме](#P75), предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

9. Гражданин, один из родителей или иной [законный представитель](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4592875B797D641D57DD9CBBC6B1B9A3EAC233FBAF73DDDvEc9O) лица, указанного в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O)), за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDFEBv2cBO) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), оформляется по [форме](#P143), предусмотренной приложением N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](#P44) настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Список изменяющих документов

(в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4512976B495D91CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2cEO) Минздрава России от 10.08.2015 N 549н)

Форма

Информированное добровольное согласие на виды

медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие при выборе врача

и медицинской организации для получения первичной

медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O) определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной

помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого

я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,

их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что

я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских

вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDFEBv2cBO) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,

2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

[части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E4522172B397D41CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDFE9v2cDO) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана

информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным

представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Форма

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных

в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,

на которые граждане дают информированное добровольное согласие

при выборе врача и медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

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

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в

[Перечень](consultantplus://offline/ref=9B4E62795971CA3184EB0768B04023E451237AB492DB1CDF7580C7BE6C14C529AB6A33BBF73DDDEDv2c1O) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане

дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской

организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством

юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды

медицинских вмешательств):

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

(наименование вида медицинского вмешательства)

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

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

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

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

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от

вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность

развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при

возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов

медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я

имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид

(такие виды) медицинского вмешательства.

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)