Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»
от 01.09.2026 № 301

Печатные формы договора с физическим лицом на оказание платных социально-правовых услуг с приложениями

(ФОРМА)

Договор № _____
на оказание платных социально-правовых услуг

«__»_____20__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращённое наименование - ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ») (свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ серия 77 № 006978922 от 26 ноября 2002 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00369596 от 26.11.2020 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы) (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» _____, действующего на основании доверенности № ___ от _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать платные социально-правовые услуги (далее – Услуги) по представлению правомерных интересов Заказчика в государственных, муниципальных и иных учреждениях и организациях, включающие в себя совершение действий в объеме, указанном в смете (Приложение № 1) (далее – Смета), и на основании действующего Прейскуранта на платные услуги, а Заказчик обязуется обеспечить Исполнителя доступными ему документами, сведениями, необходимыми для оказания Услуг, оказывать содействие в иной допустимой форме, а также оплатить Услуги на условиях и в порядке, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. При оказании Услуг Исполнитель руководствуется принципами максимального учета интересов Заказчика, и совершения действий в соответствии с осуществимыми, конкретными поручениями. Исполнитель выполняет поручения Заказчика строго в рамках и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Услуги и их стоимость зависят от конкретного поручения и объема, указанного в Приложении № 1 и могут включать в себя следующие этапы:

- подготовка и подача документов в суд;
- представление интересов Заказчика в предварительном судебном заседании;
- представление интересов Заказчика в судебном заседании при рассмотрении дела по существу;
- получение судебного решения;
- подготовка и подача документов для получения направления в стационарное учреждение социального обслуживания.

2. Порядок оказания услуг

2.1. Заказчик обязуется предоставлять Исполнителю доступную ему достоверную информацию и/или документы, которые относятся к конкретному поручению и требуются Исполнителю для наиболее эффективного его выполнения. В случае непредставления, либо неполного предоставления Заказчиком такой информации (сведений, документов), Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов). Заказчик обязуется своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора. Предоставленные Исполнителю подлинники документов, переданные ранее Заказчиком, возвращаются последнему по завершению надобности в них по письменному заявлению Заказчика.

2.2. Исполнитель приступает к исполнению своих обязательств после 100-процентной предоплаты Заказчиком Услуг согласно Смете и получения соответствующего платёжного документа.

2.3. Заказчик вправе получать информацию о ходе оказания Услуги при обращении к Исполнителю.

2.4. Заказчик обязуется являться в государственные, муниципальные органы и иные организации во время, согласованное с Исполнителем, при необходимости личного участия либо личного совершения им действий, влекущих юридические последствия, а также обеспечить присутствие лица, в чьих интересах действует Заказчик, если без него эти действия не могут быть совершены.

2.5. В случае возникновения разногласий по существенным вопросам, связанным с исполнением Услуги, Сторона – инициатор в течение пяти календарных дней с даты, когда ей стало или должно было стать известно о возникновении разногласий, сообщает другой Стороне в письменной или иной форме о возникших разногласиях.

2.6. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по инициативе одной из Сторон по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в том числе в случае одностороннего отказа от Договора (исполнения Договора).

2.7. Право на односторонний отказ от Договора (исполнения Договора) может быть осуществлено Стороной путем письменного уведомления другой Стороны об отказе от Договора (исполнения Договора). Договор прекращается с момента получения данного уведомления.

2.8. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Заказчика Исполнитель возвращает часть полученной предоплаты соразмерно цены невыполненных им этапов работы по Договору. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при условии полного возмещения Заказчику убытков.

2.9. Договор может быть изменен по заявлению Заказчика, в частности, если по результатам судебной экспертизы эксперты придут к выводам, исключающим достижение предполагаемого на момент заключения Договора результата. Заявление Заказчика приобщается к настоящему Договору в качестве его неотъемлемой части.
2.10. По окончании оказания Услуг по данному Договору стороны составляют и подписывают Акт об оказании услуг (далее – «Акт») (Приложение № 2). Заказчик обязан подписать представленный Исполнителем Акт в течение 5 (пяти) рабочих дней, либо предоставить мотивированный отказ от подписания Акта в тот же срок. Если Заказчик не подписал Акт в указанный выше срок и не предоставил мотивированный отказ от его подписания, Стороны считают, что Услуги оказаны своевременно, в полном объёме и надлежащего качества, Заказчик к Исполнителю претензий не имеет.

3. Условия и порядок оплаты

3.1. Сумма, подлежащая оплате Заказчиком за Услуги, установлена в Смете (Приложение № 1 к настоящему Договору).
3.2. Оплата Договора производится Заказчиком безналичным путем через кассу Исполнителя или через кредитную организацию на расчетный счет Исполнителя, в течение 3 рабочих дней после подписания Договора в размере 100% предоплаты.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4.2. Исполнитель не несет ответственность за принятие государственным (муниципальным) органом или иным учреждением, организацией правомерного решения, не соответствующего ожиданиям Заказчика, либо об отказе в совершении действия в случаях:
- сообщения Заказчиком недостоверных сведений, необходимых для подготовки документов, а равно их несообщение, если такие сведения невозможно установить по представленным документам;
- представления Заказчиком документов, содержащих недостоверные сведения;
- неявки Заказчика в государственные органы, учреждения и иные организации, при решении вопросов, требующих его непосредственного участия;
- по иным причинам, не зависящим от Исполнителя.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны обязуются хранить втайне любую информацию и данные, предоставленные каждой из Сторон в связи с исполнением настоящего Договора, не раскрывать и не разглашать, в общем и в частности, факты и иную информацию иным лицам, без предварительного письменного согласия другой Стороны настоящего Договора.
5.2. Обязательства по конфиденциальности, наложенные на Исполнителя настоящим Договором, не будут распространяться на общедоступную информацию, а также на информацию, которая станет известна иным лицам не по вине Исполнителя.

6. Прочие условия

6.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до фактического исполнения Сторонами своих обязательств.
6.2. Сообщения и уведомления, переданные по реквизитам указанными сторонами, считаются переданными надлежащим образом.
6.3. Стороны обязуются в процессе взаимодействия разрешать все споры и разногласия путем переговоров, на основе взаимного уважения друг к другу, в случае не достижения согласия, либо, когда одна из Сторон уклоняется от их разрешения, они передаются на рассмотрение в суд по месту нахождения Исполнителя.
6.4. Взаимоотношения сторон, не урегулированные настоящим Договором, регламентируются законодательством РФ.
6.5. Настоящий Договор на оказание услуг составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Подписи и реквизиты сторон

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»), филиал ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ"
Юридический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Фактический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
тел./факс 8(495)963-08-35
ИНН/КПП 7718084948/771801001
ОГРН 1027700460303
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
Получатель: Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)
Казначейский счет 03224643450000007300
Единый казначейский счет 40102810545370000003
БИК 004525988

_____/_____/

М.П.

Заказчик:

Ф.И.О._____
Паспорт гражданина РФ _____
Адрес регистрации:_____
Контактный телефон:_____

✓_____/_____-/

Приложение № 1
к договору № _____от «__»_____20__ г.

Перечень/Смета № _____
на услуги, оказываемые ФИО потребителя
в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

а 12 августа 2026г

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги (с указанием Ф.И.О. пациента)	Стоимость услуги (поэтапно), за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Итого: _____ ₽

Итоговая сумма к оплате: _____рублей_____копеек

НДС не облагается в соответствии со ст. 145 НК РФ.

Администратор ПМУ _____/_____-/
(подпись)

Заказчик: ✓_____/_____/
(подпись)

Приложение № 2
к договору № _____от «__»_____20__ г.

Акт об оказании услуг

« »_____20___

Основание: договор № _____ от « »_____20___ г;
счёт № _____ от « »_____20___ г.
Период оказания услуг: с « »_____20___ г по « »_____20___ г

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»), в лице администратора ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»_____, действующего на основании доверенности № _____ от « »_____20___ г
Заказчик: _____ **Потребитель:** _____

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, з 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Всего наименований __ на сумму _____₽
(рублей 00 копеек).
НДС не облагается в соответствии со ст. 145 НК РФ

Вышеперечисленные услуги выполнены Исполнителем в полном объёме, надлежащего качества, в соответствии с вышеназванным договором и законодательством Российской Федерации. Взаиморасчёты между Сторонами произведены полностью.
Заказчик претензий по качеству, объёму и срокам предоставления услуг не имеет.

Исполнитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)
Юридический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Фактический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3 тел./факс 8(495)963-08-35
ИНН/КПП 7718084948/771801001
ОГРН 1027700460303
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
Получатель: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)
Казначейский счет 03224643450000007300
Единый казначейский счет 40102810545370000003
БИК 004525988
_____/ _____/

Заказчик:
Ф.И.О. _____
Паспорт гражданина РФ _____
Адрес регистрации: Москва г_____
Контактный телефон: _____
_____/ _____/

М.П.

Приложение № 3
к договору № _____ от «__»_____20__ г.

Квитанция об оплате услуг

Исполнитель:	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»
Заказчик:	Фамилия Имя Отчество
Потребитель:	Фамилия Имя Отчество
Основание:	Договор № _____от «__» _____ 20__ г.
Смета:	№ _____ от «__»_____20__ г.

Период оказания услуг с _____ по _____

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Итого: _____ ₽
НДС не облагается в соответствии со ст.145 НК РФ.
Всего: _____ ₽
Всего оплачено услуг на сумму: _____ рублей _____ копеек

От исполнителя

Администратор

_____/_____/
(подпись)

Телефон для связи:

Приложение № 4
к договору № _____от «__»_____20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ПКБ № 4 «ДЗМ»)

Согласие пациента (законного представителя пациента) на обработку персональных данных

Данный раздел бланка заполняется гражданами, старше 15 лет, больными наркоманией старше 16 лет

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее при - наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
года рождения, проживающий(ая) по адресу:
(указывается адрес места жительства пациента)
паспорт:
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
(далее – Пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, больного наркоманией, не достигшего 16 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющем личность)
проживающий(ая) по адресу:
(адрес места жительства законного представителя пациента)
паспорт:
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(указывается нужное)
Пациента (ребёнка или гражданина, признанного недееспособным):
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента, год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)
(Настоящим выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных, представленных в настоящем документе, Оператором персональных данных, в целях оказания медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь).

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю своё согласие медицинской организации **Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»**, расположенной по адресу: 107076, Москва, улица Потешная, дом 3 (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счёта (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учёте в системе обязательного социального страхования (СНИЛС), номер обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учёбы) (наименование организации (учебного заведения), адрес, занимаемая должность и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса обязательного добровольного страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иных сведений, полученных в результате исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельность и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем

которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передаче результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компенсаций, определённых Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электроном виде, включая сбор, запись систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе Департаменту здравоохранения города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казённому учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регулирующими предоставление отчётных данных (документов) с использованием машинных носителей и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределённого срока.

Настоящий документ может быть отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии 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».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течении срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках, возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: «__» _____ 20__ г.

✓ _____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)

Если Пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить своё согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

_____ _____

(подпись медицинского работника) *(указывается наименование должности медицинского работника Оператора, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)

_____	_____
(подпись медицинского работника)	*(указывается наименование должности медицинского работника Оператора, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)

Приложение № 5
к договору № _____от «__»_____20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)

Согласие заказчика на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт гражданина РФ _____, выдан: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, даю своё согласие медицинской организации Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», расположенной по адресу: 107076, Москва, улица Потешная, дом 3 (далее – Оператор), на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации,

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем.

Для чего предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, в том числе в электроном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределённого срока.

Настоящий документ может быть отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений без согласия при наличии 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».

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: «__»_____ 20__ г.

✓ _____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. субъекта персональных данных)*

« » _____ _____ г.
(дата подписания)