



**Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»**  
**ДОГОВОР №**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Сорск

« »

2024 г.

именуемый в дальнейшем «Потребитель»), с одной стороны и **Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»**, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице менеджера службы приема и размещения \_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. Общие положения

1.1. Данный договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению (далее - услуги). Услуги предоставляются на основании медицинских показаний и желания Потребителя, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесенные изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006"

1.2. Исполнитель имеет право на осуществление медицинской деятельности на основании лицензии № Л041-00110-19/00292981 от 04 июня 2014года., выданной Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Хакасия, адрес: 655012, Республика Хакасия, город Абакан, улица Хакасская, дом 21, телефон: 8(3902)305172., в соответствии с перечнем работ (услуг), согласно Приложениям к вышеуказанной лицензии и указан в приложении № 1 к настоящему договору Срок действия лицензии - бессрочная

1.3. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий данного договора является осуществление Заказчиком действий по выполнению условий договора, в частности оплата услуг.

#### 2. Предмет договора

2.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Потребителю в соответствии с условиями настоящего договора, дополнениями к настоящему договору и действующим на момент заключения договора прейскурантом цен.

2.2. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, который содержит полный перечень услуг в соответствии с лицензией, оказание которых возможно в рамках настоящего договора. С прейскурантом Потребитель может ознакомиться на информационных стендах Исполнителя и на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <http://www.tumannet.ru>.

2.3. Перечень оказываемых услуг содержится в прилагаемых к настоящему договору Спецификациях (приложение №2), являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

#### 3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель вправе требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- соблюдения правила поведения в медицинских учреждениях;
- соблюдения режима лечения.

3.2. Исполнитель вправе в случае одностороннего отказа от Договора по инициативе Потребителя при возврате ему денежных средств, которые Потребитель оплатил, удержать сумму фактически понесенных расходов.

3.3. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

3.4. Исполнитель обязан оказать медицинские услуги Потребителю в условиях, соответствующих законодательным требованиям.

#### 4. Права и обязанности Потребителя

4.1. Потребитель имеет право на:

- на основе действующего прейскуранта Исполнителя, на основании медицинских показаний, определить фактический перечень услуг, которые желает получить в рамках настоящего Договора;

- обращение за предоставлением информации в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

- отказ от получения услуги в письменной форме в любое время в период действия Договора.

- получать консультации в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

4.2. Потребитель обязан:

- дать добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме (приложение N 3) и согласие на обработку персональных данных (приложение № 4).

- оплатить услуги Исполнителя в соответствии с п.6 настоящего договора.

- соблюдать график приема специалистов Исполнителя, а так же требования, предусмотренные п. 3.1. договора

- в случае одностороннего отказа от исполнения договора, Потребитель обязан возместить Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы по исполнению договора.

#### 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны настоящего договора несут ответственность за ненадлежащее исполнение условий договора в соответствии с законодательством Российской Федерации, все спорные вопросы по исполнению договора решаются в установленном законом порядке.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, если причиной неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего договора.

#### 6. Сроки оказания услуг, их стоимость и порядок оплаты

6.1. Стоимость оказываемых услуг устанавливается в приложении №2 на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на день подписания Договора, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

6.2. Оплата услуг производится Потребителем на условиях 100% оплаты услуг на лицевой счет Исполнителя, или с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа по выбору Заказчика в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя.

6.3. После оплаты Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых услуг (контрольно - кассовый чек или иной документ установленного образца).

6.4. Срок оказания услуг составляет не более 1 календарного месяца с момента подписания договора. Продление срока осуществляется путем составления дополнительного соглашения к договору.

6.5. Срок ожидания платных медицинских услуг – содержится в прилагемом к настоящему договору Сроках ожидания платных медицинских услуг (приложение №5), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

6.6. Порядок и условия выдачи Потребителю после исполнения договора исполнителем медицинских документов осуществляется в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» .

#### 7. Прочие условия

7.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Приложение 6).

7.2. При заключении договора об оказании медицинских услуг анонимно, исполнитель уведомляет, что факт анонимности частично ограничивает возможности Потребителя: невозможно получить официальные справки о лечении для предоставления по месту требования в государственные органы и иные организации и др. Кроме того, заключая договор на таких условиях имеются риски невозможности защиты своих прав и законных интересов при возникновении разногласий при оказании медицинских услуг.

7.3. Потребитель, при подписании настоящего Договора, ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка учреждения Исполнителя, с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, с условиями их предоставления в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг., Прейскурантом, размещенными на информационных стендах Исполнителя и на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <http://www.tumannet.ru>.

7.4. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до срока, указанного в п.6.4. Договора.

7.5. Договор составлен в двух экземплярах - по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.6. Договор может быть изменен, дополнен только по взаимному согласию сторон.

7.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Для предоставления дополнительных услуг необходимо заключить дополнительное соглашение.

7.8. Все споры и разногласия между Исполнителем и Потребителем, возникающие при исполнении договора, решаются путем переговоров, а также в претензионном порядке. Срок ответа на претензию - 10 рабочих дней с момента ее получения одной из сторон

7.9. Потребитель в случае некачественного оказания платных медицинских услуг может направить в письменной форме обращение (жалобу):

- руководству Исполнителя;

- в Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Хакасия, адрес: 655012, Республика Хакасия, город Абакан, улица Хакасская, дом 21.

7.10. При невозможности устранения разногласий путем переговоров споры разрешаются судом соответствующей подсудности в соответствии с действующим законодательством.

7.11. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны обязуются руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

#### 8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (обстоятельств чрезвычайного характера), которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить, возникших после заключения настоящего Договора, к которым относятся, не ограничиваясь, следующие обстоятельства: пожар, стихийные бедствия, война, военные действия, массовые беспорядки, революции, крупные аварии, действия органов государственной власти, вступление в действие законодательных актов и распоряжений государственных органов, прямо или косвенно запрещающих указанные в Договоре виды деятельности и/или препятствующих осуществлению Сторонами своих обязательств по Договору, и другие обстоятельства, независящие от волеизъявления Сторон.

8.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п.8.1. настоящего Приложения, каждая Сторона должна без промедления в срок, не превышающий 10(десять) календарных дней, письменно известить о них в письменном виде другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств и, по возможности, дающие оценку их влияния на возможность исполнения Стороной своих обязательств по настоящему Договору, а также официальные документы, удостоверяющие наличие этих обстоятельств.

8.3. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы срок выполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства.

8.4. Если обстоятельства непреодолимой силы будут действовать свыше 90 (Девяносто) календарных дней, Стороны проведут переговоры с целью достижения приемлемого решения об альтернативных способах исполнения настоящего Договора. Если в течение 3(трех) календарных дней с даты начала переговоров приемлемое решение не будет достигнуто, каждая из Сторон имеет право расторгнуть Договор в одностороннем внесудебном порядке, письменно уведомив об этом другую Сторону с указанием даты расторжения. При этом Стороны обязуются произвести сверку и взаимные расчеты в течение 10(десяти) рабочих дней с даты расторжения Договора.

#### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

**ФИО**

**Адрес места жительства**

**Телефон**

паспорт

Подпись \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г

Адрес электронной почты:

С условиями оказания услуг и действующим прайс-листом ознакомлен \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Сведения о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство №1021900850377 от 23 ноября 2011 года, выдано Межрайонной ИФНС России №3 по Республике Хакасия.

Почтовый адрес: 655111, республика Хакасия, г. Сорск, а/я 3 "Туманный"

Юридический адрес: 655111, Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации "Туманный"

ИНН 1910004513, КПП 190701001

Получатель: УФК по Республике Хакасия (Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»)

л/с 20806Ф80020

Банк получателя: Отделение-НБ Республика Хакасия/УФК по Республике Хакасия, г. Абакан БИК 019514901

Расч.сч. 4010281084537000082, Тел./факс +7 (39033) 2-21-01, +7 (39033) 2-21-03, +796189557

Адрес электронной почты: info@tumannet.ru

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации  
в соответствии с лицензией № Л041-00110-19/00292981 от 04 июня 2014года.:**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии;

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии; профпатологии; психотерапии; пульмонологии; рефлексотерапии; сестринскому делу; спортивной медицине; стоматологии терапевтической; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: и гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; общей практике; организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии; профпатологии; психотерапии; пульмонологии; рефлексотерапии; сестринскому делу; спортивной медицине; стоматологии; стоматологии терапевтической; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

Исполнитель: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Потребитель: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )



Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«   » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«   » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств для получения специализированной медицинской помощи/для получения специализированной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), для оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении/для оказания медицинской помощи при санаторно-курортном лечении лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

в Федеральном бюджетном учреждении Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«   » \_\_\_\_\_ 2024 г.  
(дата оформления)

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

зарегистрированный по адресу:

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

(серия и номер документа, кем и когда выдан)

В соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе **Федеральному бюджетному учреждению Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»** (далее - Оператор), находящемуся по адресу: 655111, Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации «Туманный», в целях оказания мне медицинских услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказания медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, в том числе биометрические данные, семейное, социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), образование, тип занятости, место работы, должность, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве. Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

*Раздел заполняется, если согласие подписывает законный представитель пациента или представитель по доверенности.*

(Ф.И.О. представителя субъекта персональных данных)

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

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ \_\_\_\_\_

(серия, номер документа, кем и когда выдан)

Документ, подтверждающий полномочия представителя: \_\_\_\_\_

(серия, номер документа, кем и когда выдан)

(подпись)

«   » \_\_\_\_\_ 2024 г.

(Ф.И.О. полностью)

### Сроки ожидания платной медицинской помощи

**В учреждении установлены следующие сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг:**

В случае посещения врача без предварительной записи, пациент принимается в порядке очередности, в течении времени работы учреждения.

В случае предварительной записи пациент, принимается без очереди, в заранее согласованное время (время записи к врачу), при наличии у врача возможности оказания помощи пациенту непосредственно в указанное время;

**Предварительная запись к врачу, не дает пациенту возможности:**

- входить в кабинет врача без согласия врача либо без его вызова;
- входить в кабинет врача во время оказания врачом медицинской помощи другому пациенту;
- получать медицинскую помощь ранее пациентов, которые также были заранее записаны к врачу, но вынуждены были ожидать получения медицинской помощи по причинам, от врача не зависящим;
- требовать от врача немедленного приема врачом и одновременного прекращения оказания медицинской помощи другим пациентам, которым помощь уже оказывается к моменту визита пациента, предварительно записанного к врачу.

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный», в соответствии с п.24 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", утвержденное Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736

До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«   » \_\_\_\_\_ 2024 г

\_\_\_\_\_ .  
Подпись

\_\_\_\_\_ .  
Ф.И.О. потребителя



**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**  
к договору об оказании платных медицинских услуг № от

г. Сорск

\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Потребитель»), с одной стороны и **Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»**, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице менеджера службы приема и размещения \_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг № Исполнитель оказал следующие медицинские услуги:

П. №	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Сумма
				0,00
	Итого			

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:****ФИО****Адрес места жительства****Телефон**

паспорт

Подпись \_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_ 2024 г

Адрес электронной почты:

С условиями оказания услуг и действующим прайс-листом ознакомлен \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Сведения о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство №1021900850377 от 23 ноября 2011 года, выдано Межрайонной ИФНС России №3 по Республике Хакасия.

Почтовый адрес: 655111, республика Хакасия, г. Сорск, а/я 3 "Туманный"

Юридический адрес: 655111, Республика Хакасия, г. Сорск, Центр реабилитации "Туманный"

ИНН 1910004513, КПП 190701001

Получатель: УФК по Республике Хакасия (Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Туманный»)

л/с 20806Ф80020

Банк получателя: Отделение-НБ Республика Хакасия/УФК по Республике Хакасия, г. Абакан БИК 019514901

Расч.сч. 40102810845370000082, Тел\факс +7 (39033) 2-21-01, +7 (39033) 2-21-03, +796189557

Адрес электронной почты: info@tumannet.ru