



**Некоммерческая организация
Благотворительный фонд «Берегиня»**

Сайт: fondbereginya.ru
Эл.почта: office@fondbereginya.ru

ИНН: 5903093774
ОГРН: 109590000129
КПП: 590301001
Юр. адрес: 614095, Пермь, Мира, 41
В («Кристалл Холл»), офис 6 (2 этаж)

Банковские реквизиты «Сбер»:
Некоммерческая организация Благотворительный фонд «Берегиня»
Волго-Вятский банк ПАО Сбербанк
р/сч 40703810649770000700
к/сч 30101810900000000603
БИК 042202603
ИНН 5903093774/КПП 590501001

19.01.2026 г.

Отчет по проекту #demchenko_bereginya

Акт о расходовании средств

№	Наименование статьи расходов	Кол-во	Стоимость (руб.)	Контрагент	Сумма (руб.)	Подтвержд.документы	Примечание
1	Курс реабилитации в РЦ "Адели" (Пенза)	1	200000	ИП Тюрин А.Ю.	200000	п/п № 367 от 13.11.2025	Благополучатель: Демченко Ксения Алексеевна
2	Административные расходы		25907		25907	п/п № 701656 от 28.11.2025	Заработная плата сотрудника фонда Хлопиной М.Ю.
	ИТОГО по расходам фонда				225907		

В приложении Тооба было собрано: 259067 руб.

Дробный сбор. 94 000 рублей было собрано на сайте фонда
<https://fondbereginya.ru/how-help/fees/ksvusha-demchenko/>

Комиссия Юкасы	2,8%	7254 руб
Расходы на администрирование, разработку и развитие приложения Тооба	10%	25907 руб

Директор благотворительного фонда «Берегиня»

М. П.

Голубаева Т. С.



Тел: +7(982)450-60-70

Почта: platforms@fondbereginya.ru

ДОГОВОР
о благотворительной помощи № _____

г. Пермь

« 19 » апреля 2021 г.

Некоммерческая организация Благотворительный Фонд «БЕРЕГИНЯ», именуемый в дальнейшем «**Фонд**», в лице директора Голубаевой Татьяны Сергеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны,
и **ФИО и дата рождения ребенка** Дениченко Ксения Алексеевна

дальнейшем «**Благополучатель**», в лице законного представителя: **ФИО и дата рождения** Дениченко Ирина Александровна

о адресу
(ая) в

(ей) по

с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Фонд в целях оказания материальной и иной помощи предоставляет Благополучателю благотворительную помощь в рамках утвержденной Программы помощи Фонда в форме оплаты медикаментов, расходных материалов, лабораторных исследований, медицинского оборудования, а также любых других расходов, необходимых для оказания качественных медицинских услуг.

1.2. Под благотворительной помощью в целях настоящего договора понимается целевое поступление в виде благотворительного пожертвования согласно п.п. 8.2. ст. 217 Налогового Кодекса Российской Федерации.

1.3. Размер благотворительной помощи по настоящему Договору не может превышать сумму, указанную в предоставленных счетах от медицинских учреждений, поставщиков медицинского оборудования и/или иных учреждений

2. Обязанности сторон

2.1. Фонд обязан:

- организовать сбор средств для нуждающегося ребенка в помощи путем размещения информации о нем на официальном сайте Фонда <https://fondbereginya.ru/>, социальных сетях, а также информационных ресурсах;
- принимать на расчетный счет Фонда, а также через иные платежные системы благотворительные пожертвования от физических и юридических лиц для оказания помощи Благополучателю;
- после сбора необходимой для оказания помощи суммы перечислить денежные средства на личный счет Благополучателя или его официального представителя или поставщику медицинских товаров и услуг;
- оказать помощь иными методами и способами, которыми этого требует случай в рамках своих полномочий, Устава, и программ.
- для осуществления эффективного сотрудничества между Сторонами назначить ответственного сотрудника фонда;
- предоставить Благополучателю отчет о ходе оказания помощи, финансовых показателях, проведенных мероприятиях и других действиях, которые связаны с выполнением данного Договора.

2.2. Благополучатель обязан:

- предоставить в Фонд документы, указанные в Приложении 1 к настоящему договору, а также иные документы по требованию Фонда;
- каждую заявку на помощь, а также дополнения и изменения в заявку оформлять письменным заявлением на имя Фонда по форме, указанной в Приложении № 2 к настоящему Договору;

- уведомить Фонд об обращении за помощью в другие некоммерческие и коммерческие организации, в т.ч. в средства массовой информации и форумы. В случае получения финансовой помощи на финансирование целей, указанных в п.1.1, из третьих источников, уведомить об этом Фонд в течение 3 (трех) рабочих дней;
- в случае перечисления Фондом благотворительной помощи на личные счета Благополучателя или его официальных представителей, предоставить Фонду оригиналы документов, подтверждающих оплату расходов, указанных в п.1.1;
- в случае наступления обстоятельств, препятствующих использованию благотворительной помощи по назначению, определенному в Приложении 2, уведомить Фонд о наступлении таких обстоятельств в течение 5 (пяти) календарных дней и вернуть денежные средства в Фонд в течение 5 (пяти) календарных дней;
- в случае неиспользования Благополучателем полученной от Фонда благотворительной помощи, в течение 1 (одного) месяца с момента ее получения, осуществить возврат денежных средств в Фонд в течение 5 (пяти) календарных дней с момента наступления срока возврата;
- в случае возврата благотворительной помощи (в полном объеме или части), не использованной лечебными учреждениями/клиниками (вне зависимости от причин возврата) на счета Благополучателя, вернуть все полученное на счет Фонда в течение 3 (трех) рабочих дней с одновременным предоставлением Фонду оригиналов документов из лечебных учреждений/клиник, подтверждающих факт и размер возврата;
- предоставить Фонду право: использовать данные Благополучателя, аудио, фото и видеоматериалов в отчетах, а также публиковать их, фиксировать встречи на носителях аудио, фото и видео информации и публиковать их в СМИ (в том числе в интернете). Предоставлять общественности информацию, фото, аудио и видеоматериалы о Благополучателе на темы, связанные с целью Договора без дополнительного согласования с Благополучателем;
- дать свое согласие (Приложение № 3) на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, передачу, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных, в том числе с использованием средств автоматизации или без таковых, путем подписания Согласия на обработку персональных данных;
- для информирования общественности (жертвователей, спонсоров, волонтеров и т.д.) о ходе достижения цели настоящего Договора регулярно, не позднее 3 (трех) календарных дней с момента наступления соответствующего события предоставлять отчеты (информацию, документы, фото и/или видео материалы) об изменениях в состоянии здоровья Благополучателя, о проведенном медицинском лечении, реабилитационных курсах и т.д. Если у Благополучателя нет технической возможности это сделать, необходимо своевременно информировать об этом Фонд.

3. Права Сторон

3.1. Права Фонда:

- отказать в оказании благотворительной помощи до начала сбора средств без объяснения причин;
- в случае нарушения Благополучателем своих обязанностей считать Договор расторгнутым. Средства, собранные на момент выявления нарушений, не перечисляются Благополучателю и расходуются Фондом на цели, прописанные в Уставе Фонда;
- в случае невозможности использовать средства по назначению, определенному в Приложении 2 (отказ от лечения со стороны Благополучателя или его законных представителей, отказ клиники, смерть Благополучателя и прочее), использовать привлеченные средства на цели, прописанные в Уставе Фонда;
- уменьшить размер благотворительной помощи, определенный в п. 1.3., в случае получения Благополучателем или его законными представителями финансирования из третьих источников;
- в акциях для привлечения пожертвований без дополнительного согласования с Благополучателем использовать информацию, связанную с целью настоящего Договора и Благополучателем, для информирования общественности, чтобы обеспечить активизацию привлечения пожертвований.

3.2. Права Благополучателя:

- отказать от получения благотворительной помощи с предоставлением письменного заявления;

– ходатайствовать перед Фондом об изменении назначения использования благотворительной помощи, указанного в Приложении 2 (на основании медицинских документов, представленных Фонду).

4. Срок действия Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года.

4.2. Если по истечении данного срока ни одна из Сторон не известит другую Сторону о своем намерении расторгнуть Договор в письменном виде за 1 (один) месяц до окончания срока его действия, Договор считается продленным на тех же условиях и на тот же срок. В дальнейшем его пролонгация будет проходить в таком же порядке.

5. Основания для досрочного расторжения договора

5.1. Стороны могут досрочно расторгнуть настоящий Договор:

- по обоюдному согласию сторон;
- в одностороннем порядке при несоблюдении одной из Сторон вышеперечисленных обязательств.

6. Ответственность сторон

6.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для из сторон.

7. Адреса и реквизиты сторон

Некоммерческая организация
Благотворительный фонд «Берегиня»
ИНН 5903093774 КПП 590301001

614095, г. Пермь
ул. Мира д.41 строение В офис 6

Банковские реквизиты:
ПАО Волго-Вятский «Сбербанк России»
г. Пермь БИК – 042202603
Кор.счет – 30101810900000000603
Расч/сч – 40703810649770000700

тел.89824506070
эл.почта fondbereginya@gmail.com

Директор
БФ «Берегиня» Т.С. Голубаева/

Данные законного представителя
ФИО, дата рождения

Ремченко Ирина
Александровна



Ремченко И.А. / Дир.

к Договору о благотворительной помощи № _____ от « 19 » апреля 20 21 г.

Примерный перечень пакета документов (цветные копии документов):**Для граждан России:**

1. Паспорт представителя Благополучателя (или его законного представителя, если в помощи нуждается ребенок) – все заполненные страницы;
2. ИНН Благополучателя или его законного представителя, если в помощи нуждается ребенок;
3. Страховое пенсионное свидетельство Благополучателя или его законного представителя, если в помощи нуждается ребенок;
4. Справки о доходах с места работы Благополучателя или его законных представителей, сведения о начисляемых пособиях либо заключение местных органов соцзащиты о материальном положении семьи;
5. Свидетельство о рождении Благополучателя или паспорт (с 14-ти летнего возраста) Благополучателя, если в помощи нуждается ребенок;
6. Последнее медицинское заключение Благополучателя с диагнозом, на бланке клиники, с подписью врача и печатью;
7. Справка об инвалидности (при наличии);
8. Документальное подтверждение стоимости запрашиваемой помощи (счет: на лечение, операцию, реабилитацию, за лекарства, реабилитационную технику и т.д.) с банковскими реквизитами;
9. Обращение и отказ в помощи из органов соцзащиты, Министерства здравоохранения РФ или региона (при наличии);
10. Цветные фотографии Благополучателя (хорошего качества, крупный план, неформальный, непаспортный кадр);
11. Договор с приложениями, подписанный Благополучателем или его законным представителем;
12. Согласие на обработку персональных данных, подписанное Благополучателем или его законным представителем.
13. Свидетельство о смерти

И иные документы при необходимости.

<i>руководитель организации</i> <i>Дураева Елена Владимировна</i> <i>Берегиня</i> <i>4 от 13.04.21</i>	Благополучатель или его законный представитель <i>Вит</i> <i>Дениченко И.А.</i>
--	---



к Договору о благотворительной помощи

от «____» _____ 20__ г.

Директору Благотворительного Фонда
«Берегиня» Голубаевой Т.С.
От Демченко Ирина Александровна
(Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Вследствие заболевания ДЦП, саркома мягких тканей шеи мой ребенок Демченко Ксения Алексеевна 07.01.2016 нуждается в проведении

реабилитации в РОЦ Адмир

Прошу оплатить/возместить реабилитацию

Стоимость данной процедуры составляет: _____

Мое материальное положение не позволяет мне оплатить данную процедуру.
Прошу оказать мне благотворительную помощь в виде оплаты счета (билетов, чеков и других подтверждающих документов)

Настоящим подтверждаю, что

1. Предоставленные мной в качестве приложений к настоящему заявлению документы содержат достоверную информацию.
2. В случае принятия положительного решения о предоставлении материальной помощи на лечение и реабилитацию моего ребенка даю разрешение на использование и публикацию (без ограничения по количеству повторов и срокам

использования и размещения публикаций) фотоматериалов и иных материалов о моем ребенке, в том числе подтверждающих состояние его здоровья и прохождение ребенком лечения, как Благотворительным фондом «Берегиня», так и третьими лицами.

3. При необходимости готов(а) принимать участие в мероприятиях, направленных на сбор пожертвований на лечение ребенка и реабилитацию, либо проводимых в целях подтверждения информации о прохождении лечения ребенком, через полгода и год после оказания помощи готов(а) сообщить о состоянии ребенка и выслать фото ребенка.

Своей подписью, я подтверждаю, что не ведется самостоятельных сборов на моего ребенка и его потребности в сети интернет и других источниках (средства массовой информации, ящики по сбору пожертвований и другое), а также не собираю средства на личные карты.

« 9 » января 2025 г.  /Демченко Ирина Александровна/

**Согласие 1
на обработку персональных данных Благополучателя,
его законного представителя общее**

Настоящим Я, Демченко Ирина Александровна

Действующий от своего имени и от имени и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка (Благополучателя):

Демченко Ксения Алексеевна
(ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю – НКО Благотворительный фонд «Берегиня», (ОГРН 1095900001229, ИНН 5903093774, зарегистрированному по адресу: ул.Мира, 41В, офис 6, свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в целях:

- обеспечения заключения, исполнения и контроля исполнения обязательств по договорам
- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- обеспечения заключения, исполнения и контроля исполнения обязательств по договорам
- содействия в лечении и реабилитации ребенка,
- осуществление Фондом сбора денежных средств для оказания благотворительной помощи и реализации благотворительных и реабилитационных программ;
- оказания поддержки семье ребенка;
- заключения и регулирования гражданско-правовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
- обеспечения личной безопасности, жизни и здоровья ребенка;
- обеспечения исполнения миссии и функции Фонда;
- контроля количества и качества выполняемых обязательств;
- обеспечения сохранности имущества;
- исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование, иных обязательных платежей;
- представления установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц;
- предоставления налоговых вычетов.

Я выражаю свое согласие на осуществление Фондом автоматизированной, а также без использования средств автоматизации обработки моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передача, распространение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол и возраст;
- дата и место рождения;
- гражданство;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

- номер телефона (домашний, мобильный);
- почтовые и электронные адреса;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи,
- сведения о воинской обязанности;
- сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- сведения об отсутствии судимости
- сведения о состоянии здоровья, иные медицинские сведения;
- сведения о социальных льготах
- дополнительные сведения, представленные мною по собственному желанию (сведения о национальности, о пребывании за границей, о членстве в общественных организациях, выборных органах и др.), биометрические персональные данные (личные фотографии); другие персональные данные, необходимые Фонду в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области благотворительной деятельности.

Настоящее согласие дано мной добровольно.

Настоящее согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Настоящее Согласие действует с момента его подписания до момента отзыва или достижения всех предусмотренных целей. Предоставленные мной персональные данные должны быть уничтожены по моему письменному требованию в течении 60 дней с даты получения требования об их уничтожении, либо по достижению целей обработки персональных данных в порядке, установленном законодательством.

Даю согласие на хранение персональных данных в течение 50 лет.

9 января 2025
(дата)

[Подпись]
(подпись)

Дмитченко М.А.
(расшифровка подписи)

**Согласие 2 отдельное
на обработку - распространение неопределенному кругу лиц персональных данных
Благополучателя,
его законного представителя**

Настоящим Я, Демченко Ирина Александровна
(ФИО родителя), зарегистрированный (-ая) по адресу:

Действующий от своего имени и от имени и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка
(Благополучателя):

Демченко Ксения Александровна
(ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рождении)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю- НКО Благотворительный фонд «Берегиня», (ОГРН 1095900001229, ИНН 5903093774, зарегистрированному по адресу: ул.Мира, 41В, офис 6 , свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- обеспечения заключения, исполнения и контроля исполнения обязательств по договорам
- содействия в лечении и реабилитации ребенка,
- осуществление Фондом сбора денежных средств для оказания благотворительной помощи и реализации благотворительных и реабилитационных программ;
- оказания поддержки семье ребенка;
- заключения и регулирования гражданско-правовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
- обеспечения личной безопасности, жизни и здоровья ребенка;
- обеспечения исполнения миссии и функции Фонда;
- контроля количества и качества выполняемых обязательств;
- обеспечения сохранности имущества;
- исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование, иных обязательных платежей;
- представления установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц;
- предоставления налоговых вычетов.

Я выражаю свое согласие на осуществление Фондом автоматизированной, а также без использования средств автоматизации обработки моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передача, распространение, в том числе неограниченному кругу лиц, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол и возраст;
- дата и место рождения;
- гражданство;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;

- номер телефона (домашний, мобильный);
- почтовые и электронные адреса;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи,
- сведения о воинской обязанности;
- сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- сведения об отсутствии судимости
- сведения о состоянии здоровья, иные медицинские сведения
- сведения о социальных льготах;
- дополнительные сведения, представленные мною по собственному желанию (сведения о национальности, о пребывании за границей, о членстве в общественных организациях, выборных органах и др.), биометрические персональные данные (личные фотографии); другие персональные данные, необходимые Фонду в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области благотворительной деятельности.

Настоящее согласие дано мной добровольно.

Подтверждаю, что в данном мною настоящем согласии я не устанавливаю запретов и условий на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка. Запреты и ограничения по перечню персональных данных, указанных в настоящем согласии выше, отсутствуют.

Не подлежат распространению следующие персональные данные (указать при наличии):

Ограничения по данным сведениям следующие (указать при наличии):

Настоящее согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Настоящее Согласие действует с момента его подписания до момента отзыва или достижения всех предусмотренных целей. Предоставленные мною персональные данные должны быть уничтожены по моему письменному требованию в течении 60 дней с даты получения требования об их уничтожении, либо по достижению целей обработки персональных данных в порядке, установленном законодательством.

Даю согласие на хранение персональных данных в течение 50 лет.

9 января 2015
(дата)

Рис
(подпись)

Решенко И. А
(расшифровка подписи)

Согласие 3 на получение персональных данных от третьих лиц

г. Пермь

«___» _____ 20__ г.

Настоящим Я, Демченко Ирина Александровна

Действующий от своего имени и от имени и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка (Благополучателя):

Демченко Ирина Александровна
(ФИО ребенка, дата рождения, свидетельство о рожд

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю – НКО Благотворительный фонд «Берегиня», (ОГРН 1095900001229, ИНН 5903093774, зарегистрированному по адресу: ул.Мира, 41В, офис 6, даю свое согласие на получение персональных данных моих и моего ребенка от медицинских организаций, врачей, иных третьих лиц в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- обеспечения заключения, исполнения и контроля исполнения обязательств по настоящему Договору и иным договорам
- содействия в лечении и реабилитации ребенка,
- осуществления Фондом сбора денежных средств для оказания благотворительной помощи и реализации благотворительных и реабилитационных программ;
- оказания поддержки семье ребенка;
- заключения и регулирования гражданско-правовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
- обеспечения личной безопасности, жизни и здоровья ребенка;
- обеспечения исполнения миссии и функции Фонда;
- контроля количества и качества выполняемых обязательств;
- обеспечения сохранности имущества;
- исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование, иных обязательных платежей;
- предоставления установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц;
- предоставления налоговых вычетов.

Я выражаю свое согласие на получение Фондом персональных данных от третьих лиц добровольно.

Настоящее согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. Настоящее Согласие действует с момента его подписания до момента отзыва или достижения всех предусмотренных целей. Предоставленные мной персональные данные должны быть уничтожены по моему письменному требованию в течении 60 дней с даты получения требования об их уничтожении, либо по достижению целей обработки персональных данных в порядке, установленном законодательством.

9 января 2025
(дата)

И.А.
(подпись)

Демченко И.А.
(расшифровка подписи)

Медицинская организация **Общество с ограниченной ответственностью «АДЕЛИ ПЕНЗА»**, именуемая в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице директора Тюриной Галины Тимофеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и **Некоммерческая организация благотворительный фонд "Берегиня"**, именуемый в дальнейшем **«Плательщик»**, с другой стороны, в лице директора Голубаевой Татьяны Сергеевны, действующей на основании Устава, заключили настоящий Договор в пользу подопечного ребенка **Заказчика**, именуемого в дальнейшем **«Потребитель»** (законный представитель потребителя), о следующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1. Плательщик – юридическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем, сведения о котором содержатся в разделе № 7 настоящего договора.

1.2. Исполнитель – **Общество с ограниченной ответственностью «АДЕЛИ ПЕНЗА»**, адрес государственной регистрации и место оказания услуг: **440047, г. Пенза, ул. Ульяновская, д. 15. ОГРН 1185835005003**, лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 02.04.2018 выдан Инспекцией Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Пензы.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01166-58/00336026 от 18.11.2019г., при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии. Выдана Министерством здравоохранения Пензенской области (440018, г.Пенза, ул. Пушкина, 163, тел. 8(8412) 48-81-01). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением) и находится на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением) и находится на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.3. Заказчик-Потребитель (законный представитель Потребителя) – физическое лицо, получающие медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором, дополнениями/приложениями к настоящему Договору, сведения о котором указываются в разделе № 7 настоящего договора. Сведения о Потребителях указываются в Приложении №1 к Договору. Приложение № 1 является неотъемлемой частью Договора.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги и физкультурно-оздоровительные услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских и физкультурно-оздоровительных услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительных соглашениях, счетах и/или актах, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

Оказываемые Исполнителем в рамках настоящего договора физкультурно-оздоровительные услуги лицензированию не подлежат.

2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) 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 и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2.3. Объем предоставления Заказчику (Потребителю) медицинских и физкультурно-оздоровительных услуг определяется Исполнителем и согласовывается Заказчиком (Потребителем) (законным представителем Потребителя, не достигшего 18 лет) в момент обращения Заказчика (Потребителя) в Клинику с целью получения медицинских услуг.

2.4. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем Заказчику (Потребителю) по факту обращения Заказчика (Потребителя) в Клинику Исполнителя. Сроки и время оказания услуг согласовываются в момент записи Заказчика (Потребителя) на прием к врачу либо на осуществление иной услуги.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Перечень и стоимость услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю) в рамках настоящего Договора, определяется согласно действующему на момент обращения Заказчика (Потребителя) Прайс-листе на услуги, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость конкретных платных услуг, предоставляемых Заказчику (Потребителю), указывается (содержится) в Дополнительном соглашении, счете и/или акте, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Перечень и стоимость медицинских и физкультурно-оздоровительных услуг могут быть определены программой медицинского обслуживания (годовой, диагностической, реабилитационной и т.д.) (далее – Программы), порядок и условия оказания по которым утверждаются Исполнителем. Медицинские и физкультурно-оздоровительные услуги в рамках Программ оказываются Заказчику (Потребителю) на основании подписанных Сторонами соответствующих дополнений/ приложений к настоящему Договору.

3.3. Исполнитель вправе изменить перечень и стоимость медицинских и физкультурно-оздоровительных услуг, путем внесения соответствующих изменений в Прайс-лист в порядке, предусмотренном п. 6.2 настоящего Договора.

3.4. Стороны согласны, что оплата предоставляемых услуг по реабилитации осуществляется Плательщиком путем 100% предоплаты по выставленному счету на основании Прайс-листа. Плательщик ознакомлен с Прайс-листом до подписания настоящего Договора.

Оплата производится Плательщиком не позднее 10 (десяти) рабочих дней до начала прохождения Потребителем курса реабилитационной программы, после подписания Договора всеми Сторонами, выставления Исполнителем счета, безналичным банковским переводом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.5. Исполнитель разъясняет, а Плательщик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Плательщиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.6. Стоимость услуг по настоящему договору не превышает 500 000 рублей.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (Потребителя) и согласия Заказчика (Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Плательщика, о чем свидетельствует подписание настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4.2. До оказания услуги Заказчик (Потребитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, максимально подробную информацию и иные сведения (наследственность, перенесенные и имеющиеся заболевания, аллергические реакции, противопоказания), касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством РФ.

4.4. Потребитель (Заказчик) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия Потребителя и состояния его здоровья, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (Потребителю) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. По письменному заявлению предоставляется копия медицинской карты.

- 4.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя) и подписании настоящего Договора.
- 4.7. Заказчик (Потребитель) обязуется выполнять все требования и рекомендации по лечению, в том числе соблюдать указания врачей Исполнителя, предписанные на период после оказания медицинской услуги.
- 4.8. Заказчик (Потребитель) за свой счет оплачивает расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий Заказчика (Потребителя) вопреки согласованным с Заказчиком (Потребителем) назначениям Исполнителя.
- 4.9. Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги Заказчика (Потребителя), в случаях возникновения состояний Заказчика (Потребителя), требующих незамедлительного медицинского вмешательства.
- 4.10. Исполнитель отказывается в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Исполнителя оказать услуги Заказчику (Потребителю), в том числе в случае невыполнения Заказчиком (Потребителем) требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Заказчика (Потребителя) противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.
- 4.11. Исполнитель вправе с целью исполнения обязательств по настоящему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности.
- 4.12. Оказание услуг Исполнителем осуществляется после оформления медицинской карты (в том числе электронной медицинской карты) в момент первичного обращения Заказчика (Потребителя) по предварительной записи в дни и часы работы, установленные руководителем Клиники, которые размещены на информационном стенде и официальном сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- 4.13. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и иными документами.
- 4.14. Исполнитель не обеспечивает Заказчика (Потребителя) бесплатными лекарственными препаратами и питанием, а так же не применяет в процессе лечения лекарственные средства, приобретенные Заказчиком (Потребителем) у третьих лиц.
- 4.15. Факт оказания медицинской услуги Заказчику (Потребителю), подтверждается первичной медицинской документацией и/или актом выполненных работ (услуг), подписываемым Исполнителем и Заказчиком. В случае не подписания акта и отсутствия претензий со стороны Заказчика (Потребителя) по качеству и объему оказанных услуг в течение 5 календарных дней с момента оказания услуги Заказчику (Потребителю), услуги считаются оказанными надлежащим образом и приняты Заказчиком (Потребителем) в полном объеме.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность согласно законодательству РФ.
- 5.2. Исполнитель несет ответственность за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя вследствие оказания некачественной платной медицинской услуги.
- 5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий настоящего Договора об оплате услуг, а также о за нарушение условий Договора, связанных с информированием Исполнителя о состоянии его здоровья и исполнением рекомендаций Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.
- 5.4. В случаях, предусмотренных п.5.3 настоящего договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям, экстренной и неотложной помощи).
- 5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Заказчик (Потребитель) нарушит обязательства, предусмотренные пп. 4.2., 4.4, 4.6, 4.7 настоящего Договора, в случае если указанные нарушения имели место и явились причиной недостатков оказания медицинской помощи (вреда).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Изменение и расторжение настоящего Договора производится в порядке, установленным действующим законодательством РФ.
- Настоящий Договор может быть изменен и/или дополнен Сторонами путем подписания дополнительных соглашений и приложений к нему, а также иными способами в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 6.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Прайс-лист, перечень медицинских и физкультурно-оздоровительных услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика (Потребителя) путем размещения соответствующей

информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет.

6.3. Заказчик (Потребитель) вправе отказаться от получения медицинских услуг в рамках настоящего Договора, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства, либо в любое время расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, оплатив Исполнителю фактические понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 5 лет. Если ни одна из Сторон не заявит до окончания срока его действия о расторжении, срок действия договора продлевается еще на 1 (один) год.

7.2. Договор составлен в трех экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«АДЕЛИ ПЕНЗА»

Юридический адрес: Российская Федерация,
440047, г.Пенза, ул.Ульяновская, д.15

ИНН 5835127630

КПП 583501001

ОГРН 1185835005003

Расчётный счёт: 40702810800010004249

ПАО БАНК «КУЗНЕЦКИЙ»

БИК: 045655707

Корр/счёт: 30101810200000000707

Директор



/Тюрина Г.Т./

М.П.

Платательщик:

Некоммерческая организация благотворительный
фонд "Берегиня"

Юридический адрес: Российская Федерация

614095, Пермский край, г. Пермь, ул. Мира, 41В,
офис 6

ИНН 5903093774

КПП 590501001

ОГРН 1095900001229

Расчетный счет: 40703810849770000270

ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК

БИК: 042202603

Корр/счет: 30101810900000000603

Директор



/Голубаева Т.С./

М.П.

Заказчик - Потребитель

(законный представитель Потребителя)

Демченко Ирина Александровна,

/Демченко И.А./

* Если Потребителю менее 18 лет, то подпись во всех пунктах Договора ставит его Законный представитель.

Перечень Потребителей по договору оказания медицинских услуг

№	ФИО	Адрес проживания	Дата рождения
1	Демченко Ксения Алексеевна		

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

Общая стоимость медицинских услуг по договору составляет 294 000,00 (Двести девяносто четыре тысячи) рублей 00 копеек. Точная программа лечения составляется после первичной диагностики, и указывается в дополнительном соглашении к настоящему договору.

Законный представитель Демченко Ксении Алексеевны: Демченко Ирина Александровна, .., мать,

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«АДЕЛИ ПЕНЗА»

Директор



/ Гюрина Галина Тимофеевна /

М.П.

Плательщик:

Некоммерческая организация благотворительный фонд "Берегиня"

Директор



/ Голубаева Татьяна Сергеевна /

М.П.

Заказчик - Потребитель

/  /

/ Демченко Ирина Александровна /

* Если Потребителю менее 18 лет, то подпись во всех пунктах Договора ставит его Законный представитель.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1 от «09» апреля 2025 г.

к договору № 28 от 09.04 2025 г.

ООО «АДЕЛИ ПЕНЗА» (Исполнитель),

440047, г. Пенза, ул. Ульяновская, д. 15

1. По данному дополнительному соглашению и заключенному между сторонами договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю) следующие услуги по комплексной программе (абонементу):

№	Наименование услуги	Количество	Цена	Сумма
1	Медико-логопедическая процедура при дизартрии (Логопед) (A13.23.006)	20	1 800,00	36 000,00
2	Услуги по медицинской реабилитации детей с неврологическими заболеваниями методами прикладной кинезотерапии (B05.023.004)	18	1 200,00	21 600,00
3	Эрготерапия (A21.30.006)	20	1 800,00	36 000,00
4	Механотерапия при заболеваниях ЦНС и головного мозга 50 мин (терапия рук) (A19.23.002.01)	20	1 800,00	36 000,00
5	ЛФК 50 мин (A19.23.002.014)	20	2 000,00	40 000,00
6	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями ЦНС (СМЕ) (B05.023.002.001)	14	2 500,00	35 000,00
7	Консультативный прием врача невролога первичный (B01.023.001)	1	1 800,00	1 800,00
8	Консультация врача педиатра первичная (B01.031.002)	1	1 800,00	1 800,00
9	Консультативный прием врача лечебной физкультуры первичный (B01.020.001)	1	1 800,00	1 800,00
10	Динамическая проприокоррекция (Костюм Адели) (A19.23.006)	20	4 200,00	84 000,00
				Итого: 294 000,00

2. Общая стоимость абонемента/комплексной программы составляет **294 000,00 (Двести девяносто четыре тысячи) рублей 00 копеек.**

3. Дополнительное соглашение составлено в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью

«АДЕЛИ ПЕНЗА»

Директор

_____/ Тюркина Галина Тимофеевна /

М.П.



Платательщик:

Некоммерческая организация благотворительный фонд "Берегиня"

Директор

_____/ Голубаева Татьяна Сергеевна /

М.П.



Заказчик - Потребитель

_____/ Демченко Ирина Александровна /

* Если Потребителю менее 18 лет, то подпись во всех пунктах Договора ставит его Законный представитель.

Адрес: 440047, Пензенская обл, Пенза г, Ульяновская ул, дом № 15, тел. 8 (8412) 444471 (доб.3 (бухгалтерия), 89677015356, ОГРН 1185835005003

ИНН 5835127630, e-mail: Adell-penza@mail.ru

ИНН 5835127630	КПП 583501001		
Получатель		Сч. №	40702810800010004249
Общество с ограниченной ответственностью «АДЕЛИ ПЕНЗА»		БИК	045655707
Банк получателя		Сч. №	30101810200000000707
ПАО Банк "Кузнецкий"			

Важно!

При заполнении платежного поручения в банке, в поле "Основание", ПРОШУ УКАЗЫВАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ: оплата по счету № _____ от _____ 202__ г. за курс коррекции пациента (ФИО пациента), Без НДС

СЧЕТ № О-01171 от 09.04.2025

Потребитель:

Демченко Ирина Александровна, I

Платательщик:

ИНН 5903093774, КПП 590501001, некоммерческая организация БФ "Берегиня", 614095, Пермский край, Пермь г, Мира ул, дом № 41, корпус В, оф.6, , р/с 40703810649770000700, в банке Волго-Вятский банк ПАО Сбербанк, БИК 042202603, к/с 30101810900000000603

№	Наименование услуги	Ед. изм.	Количество	Цена 1 сеанса	Сумма, руб.
	Курс коррекции ребенка Демченко Ксения Алексеевна, 7 января 2016 г.р.	Курс	1		
Медицинские услуги:					294 000,00
1	Медико-логопедическая процедура при дизартрии (Логопед) (A13.23.006)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
2	Услуги по медицинской реабилитации детей с неврологическими заболеваниями методами прикладной кинезотерапии (B05.023.004)	шт.	18	1 200,00	21 600,00
3	Эрготерапия (A21.30.006)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
4	Механотерапия при заболеваниях ЦНС и головного мозга 50 мин (терапия рук) (A19.23.002.01)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
5	ЛФК 50 мин (A19.23.002.014)	шт.	20	2 000,00	40 000,00
6	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями ЦНС (СМЕ) (B05.023.002.001)	шт.	14	2 500,00	35 000,00
7	Консультативный прием врача невролога первичный (B01.023.001)	шт.	1	1 800,00	1 800,00
8	Консультация врача педиатра первичная (B01.031.002)	шт.	1	1 800,00	1 800,00
9	Консультативный прием врача лечебной физкультуры первичный (B01.020.001)	шт.	1	1 800,00	1 800,00
10	Динамическая проприокоррекция (Костюм Адели) (A19.23.006)	шт.	20	4 200,00	84 000,00
Итого:					294 000,00

Всего наименований 10, на сумму 294 000 рублей.

Сумма прописью: Двести девяносто четыре тысячи рублей 00 копеек

Руководитель организации: Тюрина Г.Т.



Всего к оплате: 294 000,00

Итого НДС: 0.00

Оплата по QR-коду:



Счет действителен в течение 3х календарных дней с момента выставления! Перед оплатой счета уточняйте актуальность банковских реквизитов и стоимости услуг!

Организация: Общество с ограниченной ответственностью «АДЕЛИ ПЕНЗА»
ИНН: 5835127630
Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «АДЕЛИ ПЕНЗА»

Акт на выполненные работы (услуги)

№ОА-000715 от 26 декабря 2025 г.

Потребитель: Демченко Ирина Александровна

Адрес:

Плательщик: ИНН 5903093774, КПП 590501001, Некоммерческая организация БФ "Берегиня", 614095, Пермский край, Пермь г, Мира ул, дом № 41, корпус В, оф.6, , р/с 40703810649770000700, в банке Волго-Вятский банк ПАО Сбербанк, БИК 042202603, к/с 30101810900000000603

Курс коррекции пациента: Демченко Ксения Алексеевна,
, в период с 01.12.2025г. по 26.12.2025г. в ф
иза.

Состоит из:

№	Наименование услуги	Единица измерения	Кол-во	Цена	Сумма
Медицинские услуги:					294 000,00
1	Медико-логопедическая процедура при дизартрии (Логопед) (A13.23.006)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
2	Динамическая проприокоррекция (Костюм Адели) (A19.23.006)	шт.	20	4 200,00	84 000,00
3	Услуги по медицинской реабилитации детей с неврологическими заболеваниями методами прикладной кинезотерапии (B05.023.004)	шт.	18	1 200,00	21 600,00
4	Эрготерапия (A21.30.006)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
5	Механотерапия при заболеваниях ЦНС и головного мозга 50 мин (терапия рук) (A19.23.002.01)	шт.	20	1 800,00	36 000,00
6	ЛФК 50 мин (A19.23.002.014)	шт.	20	2 000,00	40 000,00
7	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями ЦНС (СМЕ) (B05.023.002.001)	шт.	14	2 500,00	35 000,00
8	Консультативный прием врача невролога первичный (B01.023.001)	шт.	1	1 800,00	1 800,00
9	Консультация врача педиатра первичная (B01.031.002)	шт.	1	1 800,00	1 800,00
10	Консультативный прием врача лечебной физкультуры первичный (B01.020.001)	шт.	1	1 800,00	1 800,00

Всего на сумму: 294 000,00 руб.

в том числе НДС: НДС не облагается

Сумма прописью: Двести девяносто четыре тысячи рублей 00 копеек

Всего оказано услуг на сумму: Двести девяносто четыре тысячи рублей 00 копеек

в том числе НДС: НДС не облагается

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.

Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

Ирина Р.Т.

Заказчик:

Демченко И.А.

Плательщик

13.11.2025

Поступ. в банк плат.

13.11.2025

Списано со сч. плат.

0401060

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 367

13.11.2025

электронно

Дата

Вид платежа

Сумма
прописью

Двести девяносто четыре тысячи рублей

ИНН 5903093774		КПП		Сумма	294000=			
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД "БЕРЕГИНЯ"				Сч. №	40703810649770000700			
Платательщик				БИК	042202603			
ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК				Сч. №	30101810900000000603			
Банк Плательщика				БИК	045655707			
ПАО БАНК "КУЗНЕЦКИЙ"				Сч. №	30101810200000000707			
ИНН 5835127630		КПП 583501001		Сч. №	40702810800010004249			
ООО "АДЕЛИ ПЕНЗА"				Вид оп.	01		Срок плат.	5
Получатель				Наз. пл.			Очер. плат.	
				Код				

Счет № О-01041 от 08 оября 2025 г., за курс коррекции пациента, Демченко Ксения Алексеевна, 07.01.2016 г.р.
Сумма 294000-00 Без налога (НДС)

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

ПАО "Сбербанк"
ИСПОЛНЕНО
13.11.2025

200 000 рублей за счет средств
благотворительного приложения Tooba

28.11.2025

Поступ. в банк плат.

28.11.2025

Списано со сч. плат.

0401060

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 701656

28.11.2025

электронно

Дата

Вид платежа

Сумма
прописью

Сто тридцать семь тысяч восемьсот тридцать девять рублей

ИНН 5903093774	КПП 590501001	Сумма	137839=
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД "БЕРЕГИНЯ"			
Платательщик ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г.Нижний Новгород		Сч. №	40703810649770000700
		БИК	042202603
Банк Плательщика ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810900000000603
Банк Получателя ПАО Сбербанк		БИК	044525225
		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 7707083893	КПП 773601001	Сч. №	
ПАО Сбербанк			
Получатель		Вид оп.	01
		Наз. пл.	1
		Код	0
		Срок плат.	
		Очер. плат.	3
		Рез. поле	

Заработная плата по реестру №180 от 28.11.2025 в соответствии с Договором 87100706 от 30.09.2022

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

ПАО "Сбербанк"
ИСПОЛНЕНО
28.11.2025

25 907 рублей за счет средств благотворительного приложения Tooba

Реестр № 180 от 28 ноября 2025

Наименование, ОГРН Предприятия (Организации): БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД "БЕРЕГИНЯ", 1095900001229

Расчётный счёт Предприятия (Организации): 40703810649770000700

Договор о зачислении денежных средств на счета физических лиц: № 87100706 от 30 сентября 2022 г.

заключён с: ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г.Нижний Новгород, ИНН 7707083893, Кор/сч

Код дохода / вид зачисления / период: 1 / 1 Заработная плата / Ноябрь 2025

Исполнитель, создатель реестра, ФИО: ГОЛУБАЕВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА

Исполнитель, отправитель реестра, ФИО: ГОЛУБАЕВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА

№п/п	Получатель денежных средств			Удержано	Сумма	Результат зачисления	Комментарий
	Фамилия, имя и отчество	Номер счёта	БИК*				
1							
2							
3	Хлопина Мария Юрьевна			0,00	34 800,00	Зачислено	Зачислено
4							
Итого по реестру:					137 839,00		

ГОЛУБАЕВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА

(должность руководителя Предприятия (Организации))

(подпись)

(фамилия и инициалы)

(главный бухгалтер Предприятия (Организации))

(подпись)

(фамилия и инициалы)

М. П.

ПАО СБЕРБАНК
Доп.офис №6984/0718
ВОЛГО-ВЯТСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г.Нижний
Новгород
БИК 042202603
ИСПОЛНЕНО 28.11.2025
ЭП ПОДЛИННЫ