



ФОНД
ДЕТИ-БАБОЧКИ

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»

Фурманский переулок, дом 3, помещение I, комната 1, г. Москва, 101000, РФ

Тел.: 8 (495) 410-48-88 e-mail: info@deti-bela.ru

ОКПО 90606367 ОГРН 1117799003794 ИНН/КПП 7718002430/770101001

30.07.2025

Отчёт по проекту #bela_muhamad

Акт о расходовании средств

№	Наименование статьи расходов	Кол-во	Сумма к отчету (руб.)	Подтвержд. документы	Примечание
1	Пронтосан 350 мл (B.Braun) раствор для промывания ран	5	3 065,70	п/п №3634 от 07.04.25	
2	Бепантен мазь 100 г (Bayer)	8	48 281,00	п/п №3616 от 04.04.25	
3	Бепантен плюс 100г (Bayer) крем	8			
4	Бепантен крем 100 г (Bayer)	4			
5	Судокрем 125 г	7			
6	Юнивит кальций д3 для малышей 0,2+50ме/5мл 43,0 флак порошок д/супп д/приема внутрь	8	18 141,70	п/п №3581 от 02.04.25	
7	Аквалетрим (Витамин Д3) капли для приема внутрь 15000 МЕ/мл 10 мл	4			
8	ЕМ-Fix Lux 4см*4м бинт эластичный компрессионный 20 шт в уп.	5	20 370,00	п/п №3562 от 02.04.25	
9	ЕМ-Fix Lux 6см*4м бинт эластичный компрессионный 20 шт в уп.	15			
10	Рупитель 10см*20см Повязка раневая стер.однораз.сетчатая с двусторонним силиконовым покрытием	30	2 193,60	п/п №3560 от 02.04.25	
11	Fibrotul 10*100 см рулонная (NEOFIX) повязка стерильная сетка	8			
12	Safetac Meriplex Lite 15см*15см Мельнике повязки моделируемые с мягким силиконовым покрытием	40	70 336,64	п/п №3557 от 02.04.25	
13	Tubifast повязка фиксирующая 10,75см*10м (желтый) рулон (Мельнике)	4			
14	Иглы инъекционные однократного применения 1,2*40мм 100 шт в уп.	4	10 840,00	п/п №3550 от 01.04.25	
15	Октенисепт 250 мл (Shulke+) антисептик для кожи и слизистых	5			
16	Пронтосан гель 250 мл (B.Braun) гель для ран	2	7 507,00	п/п №3609 от 04.04.25	
17	Специализированное питание (с доставкой)	19	1 095,10	п/п №3472 от 21.03.25 п/п №3640 от 08.04.25	Авансовый отчет №39
18	Специализированное питание (с доставкой)	71	32 426,00		
19	Подгузники	78	6 451,00		
20	Специализированное питание (с доставкой)	6	10 590,00		
21	Внеплановая госпитализация	1	10 000,00	п/п №3647 от 09.04.25	Авансовый отчет №57
22	Оплата консилиума	1	10 000,00		Авансовый отчет №59
ИТОГО			241 297,74		

В приложении Тооба было собрано: 286 929,00

Остаток по проекту составил: 8 904,26 рублей переведён на проект #eva_bela

Расходы на администрирование, разработку и развитие приложения Тооба	10%	28 693,00
Комиссия Юкасы	2,8%	8 034,00

Руководитель Социально-педагогического отдела



Пирожник Ю.Г.

ООО "Б.Браун Медикал", ИНН 7825465916/509950001, Россия, 191040, Санкт-Петербург г., вн.тер.г., м.о. Владимирский округ, ул. Пушкинская, д.10 литера А, пом. 40-Н, т. (812) 320-40-04, р/с 40702810400002500544 в банке АО "КОММЕРЦБАНК (ЕВРАЗИЯ)", БИК 044525105, корр/с 30101810300000000105

грузоотправитель, адрес, номер телефона, банковские реквизиты

Форма по ОКУД
по ОКПО

Ид
0330212
57938826

структурное подразделение

Вид деятельности по ОКДП

Грузополучатель БФ "БЭЛА. Дети-бабочки", Россия, 105062, Москва город, Фурманский переулок, дом 3, помещение I., комната 1, т. 4954104888, ИНН 7718002430/770101001, р/с 40703810938050001321 в банке ПАО СБЕРБАНК, БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

по ОКПО
90606367

Поставщик ООО "Б.Браун Медикал", Россия, 191040, Санкт-Петербург г., вн.тер.г., м.о. Владимирский округ, ул. Пушкинская, д.10 литера А, пом. 40-Н, т. 8123204004, ИНН 7825465916/509950001, р/с 40702810400002500544 в банке АО "КОММЕРЦБАНК (ЕВРАЗИЯ)", БИК 044525105, корр/с 30101810300000000105

по ОКПО
57938826

Плательщик БФ "БЭЛА. Дети-бабочки", Россия, 105062, Москва город, Фурманский переулок, дом 3, помещение I., комната 1, т. 4954104888, ИНН 7718002430/770101001, р/с 40703810938050001321 в банке ПАО СБЕРБАНК, БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

по ОКПО
90606367

Основание Счет 360641147 от 01.04.2025

номер

дата

номер

дата

Вид операции

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер документа	Дата составления
179037546	04.04.2025

Транспортная накладная

Номер п/п	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	код	Единица измерения		Вид упаковки	Количество		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб.коп.	Сумма без учета НДС		НДС		Сумма с учетом НДС	ТТ
			наименование	код по ОКЕИ		в одном месте	мест, штук				руб.коп.	ставка %	сумма руб.коп.	руб.коп.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	400481 Раствор для промывания ран Пронтосан 350 мл (24133M27, годен до 28.02.2027). РЕГ.УД. ФСЗ №2007/00571 от 06.11.2007		ШТ	796	-	-	-	-	5	557,40	2 787,00	10%	278,70	3 065,70		
Итого						-	-	-	5	X	2 787,00	X	278,70	3 065,70		
Всего по накладной						-	-	-	5	X	2 787,00	X	278,70	3 065,70		

Товарная накладная имеет приложение на 1 лист

Масса груза (нетто)

Всего мест

Масса груза (брутто)

Приложение (паспорта, сертификаты и т.п.) на

листах

Всего отпущено на сумму Три тысячи шестьдесят пять рублей 70 копеек

Зав.складом

Матвеев В.О.

Отпуск груза произвел

По доверенности

№205/24 от 16.09.2024

За Ген.Директора

За Гл. бухгалтера

Пилюгина Н.С.

Логишкова В.Д.

04 апреля 2025 года

По доверенности № от " " года

выданной

Руководитель отдела закупок

Куликова С. Н.

по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024

Груз принял

Груз получил
грузополучатель

Руководитель отдела закупок

Куликова С. Н.

по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024



СЧЕТ-ФАКТУРА № 400863369 от " 04 " апреля 2025 г.
ИСПРАВЛЕНИЕ № - от -

Продавец: Общество с ограниченной ответственностью "Б.Браун Медикал", ООО "Б.Браун Медикал"
Адрес: Россия, 191040, Санкт-Петербург г., вн.тер.г., м.о. Владимирский округ, ул. Пушкинская, д.10 литера А, пом. 40-Н
ИНН/КПП продавца: 7825465916 / 509950001
Грузоотправитель и его адрес: ООО "Б.Браун Медикал", Россия, 191040, Санкт-Петербург г., вн.тер.г., м.о. Владимирский округ, ул. Пушкинская, д.10 литера А, пом. 40-Н
Грузополучатель и его адрес: БФ "БЭЛА. Дети-бабочки", Россия, 105062, Москва город, Фурманный переулок, дом 3, помещение I., комната 1
К платежно-расчетному документу № от
Документ об отгрузке: наименование товарная накладная № 179037546 от 04.04.2025
Покупатель: БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"
Адрес: Россия, 105062, Москва город, Фурманный переулок, дом 3, помещение I., комната 1
ИНН/КПП покупателя: 7718002430 / 770101001
Валюта: наименование, код Российский рубль, 643
Идентификатор государственного контракта, договора (соглашения) (при наличии)

№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Коли- чество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерени я	Стоимость товаров (работ, услуг), имуществен ных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Нало- говая ставка	Сумма налога, предъявля емая покупател ю	Стоимость товаров (работ, услуг), имуществен ных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
			Код	Условное обозначе ние (национа льное)								Циф ре вой код	Краткое наименова ние	
1	1a	16	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
1	400481 Раствор для промывания ран Пронтосан 350 мл	-----	796	ШТ	5	557,40	2 787,00	Без акциза	10%	278,70	3 065,70	756	Швейцари я	10228010/041024/5275649/2
Всего к оплате							2 787,00	X		278,70	3 065,70			

Руководитель организации
или иное уполномоченное лицо
Индивидуальный предприниматель
или иное уполномоченное лицо

(подпись) /Пилыгина Н.С./ (ф.и.о)
(подпись) (ф.и.о)

Главный бухгалтер
или иное уполномоченное лицо

(подпись) /Логишкова В.Д./ (ф.и.о)
(реквизиты свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

Примечание. 1. Первый экземпляр счета-фактуры, составленного на бумажном носителе - покупателю, второй экземпляр - продавцу.
2. При составлении организацией счета-фактуры в электронном виде показатель "Главный бухгалтер (подпись) (Ф.И.О.)" не формируется.

По доверенности №205/24 от 16.09.2024
Номер накладной: 179037546
SD документ № 400863369
При оплате просим указывать в назначении платежа номер счета-фактуры

Образец заполнения платежного поручения

Получатель ИНН 7825465916 КПП 509950001 ООО "Б.Браун Медикал"		
Банк получателя АО "КОММЕРЦБАНК (ЕВРАЗИЯ)" МОСКВА г.	Сч. № БИК Сч. №	40702810400002500544 044525105 30101810300000000105

Счет № 360641147 от 01.04.2025

Поставщик: ИНН 7825465916 \ 509950001 ООО "Б.Браун Медикал"
Россия, 191040, Санкт-Петербург г., вн.тер.г., м.о. Владимирский округ, ул. Пушкинская, д.10
литера А, пом. 40-Н, тел. 8123204004, факс. 8123205071

Покупатель: ИНН 7718002430 \ 770101001 БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"
Россия, 105062, Москва город, Фурманьный переулок, дом 3, помещение I, комната 1, тел. 4954104888
р/с 40703810938050001321, в ПАО СБЕРБАНК, БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

Валюта: руб.

№	Наименование	Кол-во	Ед.	Цена без учета НДС	Сумма без учета НДС	НДС		Сумма с учетом НДС	T&T
						Ставка %	Сумма НДС		
1	400481 Раствор для промывания ран Пронтосан 350 мл, 24133М27 годен до: 28.02.2027	5	шт	557,40	2 787,00	10	278,70	3 065,70	

Итого: 2 787,00

НДС: 10% 278,70

Всего к оплате: 3 065,70 Руб.

Всего наименований 1, на сумму: Три тысячи шестьдесят пять рублей 70 копеек.

Счет действителен в течение 3-х банковских дней.

УСЛОВИЯ ПОСТАВКИ: Договор № 403 от 29.07.2013 г.

По доверенности: №205/24 от 16.09.2024

За Ген. Директора _____ (Пилогина Н.С.)

За Гл. бухгалтера _____ (Логишкова В.Д.)

Заказ клиента: 0913166673



07.04.2025

Поступ. в банк плат.

07.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

07.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3634

Сумма
прописью

Три тысячи шестьдесят пять рублей 70 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	3065-70		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"			Сч. №	40703810938050001321	
Платательщик		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Плательщика		БИК		044525105	
АО "КОММЕРЦБАНК (ЕВРАЗИЯ)"			Сч. №	30101810300000000105	
Банк Получателя		Сч. №		40702810400002500544	
ИНН 7825465916	КПП 509950001		Вид оп.	01	Срок плат.
ООО "Б.Браун Медикал"		Очер. плат.			
Получатель		Рез. поле			
		Наз. пл.			
		Код			

По счету №360641147 от 01.04.2025г. за средства наружного применения по уходу за ранами по договору №403 от 29.07.2013г. В том числе НДС 10 % - 278.70 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

07.04.2025

ООО «АТЛАНТ», ИНН 5047301362, КПП 504701001, 141402, Московская обл, г Химки, ул. Кирова, д 10, к.2, ПОМЕЩ. 210, тел. 8(495) 980-00-00
р/с 40702810202810003896 в АО "Альфа-Банк", БИК 044525593, корр/с 30101810200000000593
грузоотправитель, адрес, номер телефона, банковские реквизиты

структурное подразделение

Грузополучатель БФ «БЭЛА. Дети-бабочки», ИНН 7718002430, КПП 770101001, 101000, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3,
помещение I, комната 1, р/с 40703810938050001321 в ПАО "Сбербанк", БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

Поставщик ООО «АТЛАНТ», ИНН 5047301362, КПП 504701001, 141402, Московская обл, г Химки, ул. Кирова, д 10, к.2, ПОМЕЩ. 210
р/с 40702810202810003896 в АО "Альфа-Банк", БИК 044525593, корр/с 30101810200000000593

Платательщик БФ «БЭЛА. Дети-бабочки», ИНН 7718002430, КПП 770101001, 101000, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение I, комната 1,
р/с 40703810938050001321 в ПАО "Сбербанк", БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

Основание

договор, заказ-наряд

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер документа	Дата составления
105718	07.04.2025

Транспортная накладная

Вид операции

Форма по ОКУД 0330212
по ОКПО 97962148

Вид деятельности по ОКДП

по ОКПО 90606367

по ОКПО 97962148

по ОКПО 90606367

номер

дата

номер

дата

Но- мер по по- рядку	Товар		Единица измерения		Вид упаков ки	Количество		Масса брутто	Количе- ство (масса нетто)	Цена, руб. коп.	Сумма без учета НДС, руб. коп.	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп.
	наименование, характеристика, сорт, артикул товара	код	наиме- нование	код по ОКЕИ		в одном месте	мест, штук					ставка, %	сумма, руб. коп.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	БЕПАНТЕН МАЗЬ 5% 100Г		шт	796					8,000	1 532,73	12 261,82	10%	1 226,18	13 488,00
Итого									8,000	X	12 261,82	X	1 226,18	13 488,00

Но- мер по по- рядку	Товар		Единица измерения		Вид упаков- ки	Количество		Масса брутто	Количе- ство (масса нетто)	Цена, руб. коп.	Сумма без учета НДС, руб. коп.	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп.
	наименование, характеристика, сорт, артикул товара	код	наимено- вание	код по ОКЕИ		в одном месте	штук					ставка, %	сумма, руб. коп.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	БЕПАНТЕН ПЛЮС КРЕМ 5% 100Г		шт	796					8,000	1 770,91	14 167,27	10%	1 416,73	15 584,00
3	БЕПАНТЕН КРЕМ 5% 100Г		шт	796					4,000	1 478,18	5 912,73	10%	591,27	6 504,00
4	СУДОКРЕМ КРЕМ 125Г		шт	796					7,000	889,17	6 224,17	20%	1 244,83	7 469,00
5	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ ДЗ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/5МЛ 43,0 ФЛАК ПОР Д/СУСП		шт	796					1,000	482,73	482,73	10%	48,27	531,00
6	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ ДЗ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/5МЛ 43,0 ФЛАК ПОР Д/СУСП		шт	796					3,000	482,73	1 448,18	10%	144,82	1 593,00
7	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ ДЗ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/5МЛ 43,0 ФЛАК ПОР Д/СУСП		шт	796					4,000	482,73	1 930,91	10%	193,09	2 124,00
8	АКВАДЕТРИМ (ВИТАМИН ДЗ) ВОДНЫЙ РАСТВОР 15000МЕ/МЛ 10МЛ**		шт	796					4,000	224,55	898,18	10%	89,82	988,00
Итого									31,000	X	31 064,17	X	3 728,83	34 793,00
Всего по накладной									39,000	X	43 325,99	X	4 955,01	48 281,00

Товарная накладная имеет приложение на 2 листах
и содержит

8 порядковых номеров записей

Всего мест

Масса груза (нетто)
Масса груза (брутто)

Приложение (паспорта, сертификаты и т.п.) на

листах

Всего отпущено 8 наименований

на сумму Сорок восемь тысяч двести восемьдесят один рубль 00 копеек

Отпуск разрешил

Генеральный директор

Горюнова Е.В.

Главный (старший) бухгалтер

Горюнова Е.В.

Отпуск груза произвел

Бухгалтер

Горюнова Е.В.



подпись
подпись
подпись
подпись

расшифровка подписи

расшифровка подписи

расшифровка подписи

20 года

По доверенности №
выданной

от

ком, кому (организация, должность, фамилия, и. о.)

Груз принят
Груз получен
Грузополучатель

должность

подпись



Руководитель отдела закупок
Куликова С. Н.
по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024
подпись
расшифровка подписи
подпись
расшифровка подписи
подпись
расшифровка подписи
по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024

Внимание! Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара. Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе. Товар отпускается по факту прихода денег на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

Образец заполнения платежного поручения

Получатель ООО «АТЛАНТ»	Сч. №	40702810202810003896
Банк получателя АО "Альфа-Банк"	БИК	044525593
	Сч. №	30101810200000000593

Счет № 105718 от 4 апреля 2025 г. ДОГОВОР №09/10256э от 09.01.25

Поставщик: ИНН 5047301362 КПП 504701001 ООО «АТЛАНТ» 141402, Московская обл, г Химки, ул. Кирова, д 10, к.2, ПОМЕЩ. 210

Покупатель: БФ «БЭЛА. Дети-бабочки», ИНН 7718002430, КПП 770101001, 101000, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение I, комната 1, р/с 40703810938050001321 в ПАО "Сбербанк", БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

Грузополучатель БФ «БЭЛА. Дети-бабочки», ИНН 7718002430, КПП 770101001, 101000, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение I, комната 1, р/с 40703810938050001321 в ПАО "Сбербанк", БИК 044525225, корр/с 30101810400000000225

№	Товар	Кол-во	Ед.	Цена	НДС		Сумма
					Ставка	Сумма НДС	
1	БЕПАНТЕН МАЗЬ 5% 100Г	8	шт	1 686,00	10%	1 226,18	13 488,00
2	БЕПАНТЕН ПЛЮС КРЕМ 5% 100Г	8	шт	1 948,00	10%	1 416,73	15 584,00
3	БЕПАНТЕН КРЕМ 5% 100Г	4	шт	1 626,00	10%	591,27	6 504,00
4	СУДОКРЕМ КРЕМ 125Г	7	шт	1 067,00	20%	1 244,83	7 469,00
5	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ ДЗ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/5МЛ 43,0 ФЛАК ПОР Д/СУСП Д/ПРИЕМА ВНУТРЬ	8	шт	531,00	10%	386,18	4 248,00
6	АКВАДЕТРИМ (ВИТАМИН ДЗ) ВОДНЫЙ РАСТВОР 15000МЕ/МЛ 10МЛ**	4	шт	247,00	10%	89,82	988,00

Итого: 48 281,00

В том числе НДС: 4 955,01

Всего наименований 6, на сумму 48 281 Руб

Сорок восемь тысяч двести восемьдесят один рубль 00 копеек

Руководитель  Горюнова Е.В.

Бухгалтер  Горюнова Е.В.



СЧЕТ-ФАКТУРА № 105718 от 07.04.2025
ИСПРАВЛЕНИЕ № _____ ОТ _____

Продавец: ООО «АТЛАНТ»
Адрес: 141402, Московская обл., г. Химки, ул. Кирова, д. 10, к.2, ПОМЕЩ. 210
ИНН/КПП продавца: 5047301382/504701001
Грузоотправитель и его адрес: ООО «АТЛАНТ» Адрес: 141402, Московская обл., г. Химки, ул. Кирова, д. 10, к.2, ПОМЕЩ. 210
Грузополучатель и его адрес: БФ «БЭЛА. Дети-бабочки» Адрес: 101000, г. Москва, Фурмановый переулок, дом 3, помещение I, комната 1
К платажно-расчетному документу № _____ от _____
Документ об отгрузке: Реализация(акт, накладная УПД) № n/n 105718 от 07.04.2025
Покупатель: БФ «БЭЛА. Дети-бабочки»
Адрес: 101000, г. Москва, Фурмановый переулок, дом 3, помещение I, комната 1
ИНН/КПП покупателя: 7718002430/ 770101001
Валюта: наименование, Российский рубль код 643
Идентификатор государственного контракта, договора (соглашения) (при наличии)

№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав, всего без налога	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, подлежащая уплате покупателем	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав, всего с учетом налога	Страна происхождения товара		"Регистрационный номер таможенной декларации"	Единица измерения товара, используемая в целях осуществления прослеживаемости		Количество товара, подлежащего прослеживаемости, в количественной единице измерения товара, используемой в целях осуществления прослеживаемости	Стоимость товара, подлежащего без налога на добавленную стоимость, в руб.
			к о д	Условное обозначение (национальное)								Цифровой код	Краткое наименование		код			
1	1a	16	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	12a	13	14
1	БЕПАНТЕН МАЗЬ 5% 100г		796	шт	8	1 532,73	12 261,82		10%	1 226,18	13 488,00		ГЕРМАНИЯ	10013160/291024/5163638/1				
2	БЕПАНТЕН ПЛЮС КРЕМ 5% 100г		796	шт	8	1 770,91	14 167,27		10%	1 416,73	15 584,00		ГЕРМАНИЯ	10013160/210125/5027350				
3	БЕПАНТЕН КРЕМ 5% 100г		796	шт	4	1 478,18	5 912,73		10%	591,27	6 504,00		ГЕРМАНИЯ	10013160/150824/3251524/1				
4	СУДОКРЕМ КРЕМ 125г		796	шт	7	889,17	6 224,17		20%	1 244,83	7 469,00		БОЛГАРИЯ	10013160/140624/5037493				
5	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ Д3 ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/СМЛ 43.0 ФЛАК ПОР Д/СУСП Д/ПРИЕМА ВНУТРЬ		796	шт	1	482,73	482,73		10%	48,27	531,00							
6	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ Д3 ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/СМЛ 43.0 ФЛАК ПОР Д/СУСП Д/ПРИЕМА ВНУТРЬ		796	шт	3	482,73	1 448,18		10%	144,82	1 593,00							
7	ЮНИВИТ КАЛЬЦИЙ Д3 ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 0,2+50МЕ/СМЛ 43.0 ФЛАК ПОР Д/СУСП Д/ПРИЕМА ВНУТРЬ		796	шт	4	482,73	1 930,91		10%	193,09	2 124,00							
8	АКВАДЕТРИМ (ВИТАМИН Д3) ВОДНЫЙ РАСТВОР 15000МЕ/МЛ 10МЛ**		796	шт	4	224,55	898,18		10%	89,82	988,00		ПОЛЬША	10013160/150824/5085018				
Всего к оплате							43 325,99			4 855,01	48 281,00							

Руководитель организации
или иное уполномоченное лицо _____ (подпись) _____ /Горюхова Е.В./ (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер
или иное уполномоченное лицо _____ (подпись) _____ /Горюхова Е.В./ (Ф.И.О.)
Индивидуальный предприниматель
или иное уполномоченное лицо _____ (подпись) _____ (реквизиты свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

04.04.2025

Поступ. в банк плат.

04.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

04.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3616

Сумма прописью
Сорок восемь тысяч двести восемьдесят один рубль 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	48281-00		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"		Сч. №	40703810938050001321		
Плательщик		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Плательщика		БИК	044525593		
АО "АЛЬФА-БАНК"		Сч. №	30101810200000000593		
Банк Получателя		Сч. №	40702810202810003896		
ИНН 5047301362		Вид оп.	01	Срок плат.	5
КПП 504701001				Очер. плат.	
ООО Атлант				Рез. поле	
Получатель		Наз. пл.			
		Код			

По счету №105718 от 04.04.25г. оплата за средства наруж. применения: бепантен мазь 5% согл.договору №09/1025 бэ от 09.01.2025г. В том числе НДС 20% - 1244.83 рублей. В том числе НДС 10% -3710,18 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

04.04.2025

Универсальный передаточный документ

Статус: 1

1 – счет-фактура и передаточный документ (акт)
2 – передаточный документ (акт)

Счет-фактура № 160 от 03 апреля 2025 г. (1)
Исправление № – от – (1a)

Продавец: Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич (2)
Адрес: 197341, Санкт-Петербург г, Фермское шоссе, дом № 32, квартира 223 (2a)
ИНН/КПП продавца: 471404178117 (2b)
Грузоотправитель и его адрес: он же (3)
Грузополучатель и его адрес: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки"; 105062, г. Москва, Профсоюзная, 20 3 (4)
К платежно-расчетному документу № от (5)
Документ об отгрузке Универсальный передаточный документ, №160 от 03 апреля 2025 г. (5a)

Покупатель: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки" (6)
Адрес: 105062, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение 1, комната 1 (6a)
ИНН/КПП покупателя: 7718002430/770101001 (6b)
Валюта: наименование, код Российский рубль, 643 (7)
Идентификатор государственного контракта, договора (соглашения) (при наличии): (8)

Код товара/ работ, услуг	№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъявляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
				код	условное обозначение (национальное)								цифровой код	краткое наименование	
A	1	1a	1b	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
НФ-00000197	1	Бинт медицинский эластичный компрессионный, вариант исполнения EM-Fix Lux, 4см x 4м, белый, упаковка 20 шт	--	778	упак	5,000	787,50	3 937,52	Без акциза	5%	196,88	4 134,40	--	--	--
НФ-00000198	2	Бинт медицинский эластичный компрессионный, вариант исполнения EM-Fix Lux, 6см x 4м, белый, упаковка 20 шт	--	778	упак	15,000	889,35	13 340,29	Без акциза	5%	667,01	14 007,30	--	--	--
Всего к оплате (9)								17 277,81	X		863,89	18 141,70			

Документ составлен на 1 листе

Руководитель организации или иное уполномоченное лицо
Индивидуальный предприниматель или иное уполномоченное лицо

Главный бухгалтер или иное уполномоченное лицо

Свидетельство 78 009595799 от 23.09.2016

Основание передачи (сдачи) / получения (приемки) № 162 от 23.04.2019 (договор; доверенность и др.) [8]

Данные о транспортировке и грузе (транспортная накладная, поручение экспедитору, экспедиторская / складская расписка и др. / масса нетто/ брутто груза, если не приведены ссылки на транспортные документы, содержащие эти сведения) [9]

Товар (груз) передал / услуги, результаты работ, права сдал

Товар (груз) получил / услуги, результаты работ, права принял

Дата отгрузки, передачи (сдачи) « 03 » апреля 2025 года

Дата получения (приемки) « 03 » апреля 2025 года

Иные сведения об отгрузке, передаче

Иные сведения о получении, приемке

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни

Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич, ИНН 471404178117

Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич, ИНН 471404178117

Наименование экономического субъекта – составителя документа (в т.ч. комиссионера / агента)

Наименование экономического субъекта – составителя документа

Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич, ИНН 471404178117

Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430/770101001

ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) Г. МОСКВА		БИК	044525411
Банк получателя		Сч. №	30101810145250000411
ИНН 471404178117	КПП	Сч. №	40802810414900000388
Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич			
Получатель			

Счет на оплату № 183 от 1 апреля 2025 г.

Поставщик **Индивидуальный предприниматель Осипов Александр Сергеевич, ИНН 471404178117, 197341, Санкт-Петербург г, Фермское шоссе, дом № 32, квартира 223, тел.:**
(исполнитель): **8-812-647-03-47**

Покупатель **Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, 105062, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение 1, комната 1, тел.: 8 (495) 410-48-88**
(заказчик): **410-48-88**

Основание: **Договор: № 152 от 23.04.2019**

№	Товар (Услуга)	Код	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Бинт медицинский эластичный компрессионный, вариант исполнения EM-Fix Lux, 4см x 4м, белый, упаковка 20 шт	НФ-00000197	5	упак	826,88	4 134,40
2	Бинт медицинский эластичный компрессионный, вариант исполнения EM-Fix Lux, 6см x 4м, белый, упаковка 20 шт	НФ-00000198	15	упак	933,82	14 007,30
			20			18 141,7

Итого: 18 141,70
В том числе НДС: 863,89
Всего к оплате: 18 141,70

Всего наименований 2, на сумму 18 141,70 руб.

Восемнадцать тысяч сто сорок один рубль 70 копеек

Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара.

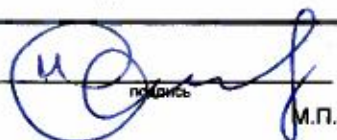
Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе.

Товар отпускается по факту прихода денег на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

Товар возврату и обмену не подлежит.

Счет действителен в течение 3 дней с момента выставления счета.

Предприниматель


М.П.

Осипов А.С.

расшифровка подписи

Елена Омеляненко, тел.: +7-931-298-10-80, e-mail: omelyanenko@svromedika.ru



02.04.2025

Поступ. в банк плат.

02.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

02.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3581

Сумма
прописью

Восемнадцать тысяч сто сорок один рубль 70 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	18141-70		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"			Сч. №	40703810938050001321	
Платательщик		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Плательщика		БИК		044525411	
Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО)			Сч. №	30101810145250000411	
Банк Получателя		Сч. №		40802810414900000388	
ИНН 471404178117	КПП		Вид оп.	01	Срок плат.
ИП ОСИПОВ АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ		Очер. плат.			
Получатель		Рез. поле			
		Наз. пл.			
		Код			

По счету №183 от 01.04.2025г. за изделия медицинского назначения: бинты эластичные, согласно договору №152 от 23.04.2019 г. В том числе НДС 5 % - 863.89 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

02.04.2025

Универсальный
передаточный
документ

Счет-фактура №
Исправление №

23
—

от
от

2 апреля 2025 г.
—

(1)
(1a)

Статус: 1

1 – счет-фактура и
передаточный
документ (акт)
2 – передаточный
документ (акт)

Продавец:
Адрес:
ИНН/КПП продавца:
Грузоотправитель и его адрес:
Грузополучатель и его адрес:
К платежно-расчетному документу №
Документ об отгрузке

ООО "РУНОВИТА"
115201, г. Москва, вн.тер. г. Муниципальный Округ Нагатино-Садовники, проезд
Каширский, дом 13, этаж/помещ./ком. 5/XVII/1
9724076681/772401001
он же
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ", 101000, Город Москва, пер. Фурманный, дом 3,
помещение I, комната 1
3562 от 02.04.2025 г.
Универсальный передаточный документ, № 23 от 02.04.2025 г.

(2) Покупатель:
Адрес:
(2a)
(2b) ИНН/КПП покупателя:
(3) Валюта: наименование, код
(4) Идентификатор государственного контракта,
(5) договора (соглашения) (при наличии):
(5a)

БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"
101000, Город Москва, пер. Фурманный, дом 3, помещение I,
комната 1
7718002430/770101001
Российский рубль, 643

(6)
(6a)
(6b)
(7)
(8)

Код товара/ работ, услуг	№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Коли- чество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъяв- ляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
				код	условное обозначение (нацио- нальное)								циф- ро- вой код	краткое наименова- ние	
A	1	1a	16	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
P21020	1	P21020 Повязка раневая стерильная одноразовая сетчатая Рушитель с силиконовым покрытием по ТУ 32.50.50-001-73473025-2022, вариант исполнения: Повязка раневая стерильная одноразовая сетчатая Рушитель с двусторонним силиконовым покрытием, размер 10 см x 20 см, номер партии 170225	—	796	шт	30,000	617,27	18 518,18	Без акциза	10%	1 851,82	20 370,00	—	—	—
Всего к оплате (9)								18 518,18	X		1 851,82	20 370,00			

Документ
составлен на
1 листе

Руководитель организации
или иное уполномоченное лицо

Индивидуальный предприниматель
или иное уполномоченное лицо


(подпись)
ДМИТРИЕВА Т. А.
(ф.и.о.)

Главный бухгалтер
или иное уполномоченное лицо


(подпись)
КЛИМЕНКОВА А. О.
(ф.и.о.)

(реквизиты свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

Основание передачи (сдачи) / получения (приемки) Договор № 19 от 12.12.2023 (договор, доверенность и др.)

Данные о транспортировке и грузе (транспортная накладная, поручение экспедитору, экспедиторская / складская расписка и др. / масса нетто/ брутто груза, если не приведены ссылки на транспортные документы, содержащие эти сведения)

Товар (груз) передал / принял (результаты работ, права сдал / принял)

Дата отгрузки, передачи (сдачи) « 02 » апреля 2025 года

Иные сведения об отгрузке, передаче (информация об отсутствии претензий, ссылки на неотъемлемые приложения, и другие документы и т.д.)

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни

Генеральный директор ДМИТРИЕВА Т. А.

Наименование экономического субъекта – составителя документа (в т.ч. комиссионера / агента) ООО "РУНОВИТА", ИНН/КПП 9724076681/772401001

Товар (груз) получил / услуги, результаты работ, права принял

Дата получения (приемки) 2025 года

Иные сведения о получении, приемке

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни

Руководитель ИДЕЛ Куликова С. Н.

Наименование экономического субъекта – составителя документа БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ", ИНН/КПП 7718002430/770101001

ПАО Сбербанк г. Москва		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 9724076681	КПП 772401001	Сч. №	40702810838000066624
ООО "РУНОВИТА"			
Получатель			

Счет на оплату № 17 от 01 апреля 2025 г.

Поставщик ООО "РУНОВИТА", ИНН 9724076681, КПП 772401001, 115201, Г.Москва, вн.тер. г. (Исполнитель): Муниципальный Округ Нагатино-Садовники, проезд Каширский, дом 13, этаж/помещ./ком. 5/XVI/1, тел.: 8-963-368-07-47

Покупатель БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ", ИНН 7718002430, КПП 770101001, 101000, Город (Заказчик): Москва, пер. Фурманский, дом 3, помещение . I, комната 1

Основание: Договор № 19 от 12.12.2023

№	Артикул	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	P21020	P21020 Повязка раневая стерильная одноразовая сетчатая Рупитель с силиконовым покрытием по ТУ 32.50.50-001-73473025-2022, вариант исполнения: Повязка раневая стерильная одноразовая сетчатая Рупитель с двусторонним силиконовым покрытием, размер 10 см х 20 см, номер партии 170225	30	шт	679,00	20 370,00

Итого: 20 370,00
В том числе НДС 10%: 1 851,82
Всего к оплате: 20 370,00

Всего наименований 1, на сумму 20 370,00 RUB
Двадцать тысяч триста семьдесят рублей 00 копеек

Покупатель производит оплату партии товара в течении 5 (пяти) рабочих дней с даты направления счета.
Поставщик осуществляет поставку товара в срок не более 10 календарных дней с даты направления Покупателем заявки.
Доставка производится силами и за счет Поставщика

Руководитель



МИТРИЕВА Т. А.

Бухгалтер

КЛИМЕНКОВА А. О.

02.04.2025

Поступ. в банк плат.

02.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

02.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3562

Сумма
прописью

Двадцать тысяч триста семьдесят рублей 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	20370-00		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"		Сч. №	40703810938050001321		
Плательщик		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Плательщика		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Получателя		Сч. №	40702810838000066624		
ИНН 9724076681	КПП 772401001	Вид оп.	01	Срок плат.	5
ООО "РУНОВИТА"		Наз. пл.		Очер. плат.	
Получатель		Код		Рез. поле	

По счету №17 от 01.04.2025г. за изделия медицинского назначения: повязки стерильные одноразовые Рупитель с силиконовым покрытием по договору №19 от 12.12.2023г. В том числе НДС 10 % - 1851.82 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

02.04.2025

Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", ИНН 5027203511, 140126, Московская область, Раменское г., Софьино с., промзона ООО ССТ тер., 3, р/с 40702810238050018950, в банке ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225

организация, адрес, телефон, факс, банковские реквизиты

структурное подразделение

Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, г. Москва, ул. Профсоюзная д.126, р/с 40703810938050001321, в банке ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225

Грузополучатель

Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", ИНН 5027203511, 140055, Область Московская, город Котельники, микрорайон Белая Дача, Промзона ООО "Технопром", Е. 303, р/с 40702810238050018950, в банке ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225

Поставщик

Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, 105062 МОСКВА ГОРОД ПЕРЕУЛОК ФУРМАННЫЙ ДОМ 3 ПОМЕЩЕНИЕ I, КОМНАТА 1, р/с 40703810938050001321, в банке ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225

Плательщик

Основание Договор № 7 от 26.02.2020.

договор, заказ-наряд

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер документа	Дата составления
МСК002854	04.04.2025

Транспортная накладная

Коды
0330212
18150220
Вид деятельности по ОКДП
по ОКПО 90606367
по ОКПО 18150220
по ОКПО 90606367
номер
дата
номер МСК002854
дата 04.04.2025
Вид операции

Страница 1

Но- мер по по- рядку	Товар		Единица измерения		Вид упаков ки	Количество		Масса брутто	Коли- чество (масса нетто)	Цена, руб. коп.	Сумма без учета НДС, руб. коп.	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп.
	наименование, характеристика, сорт, артикул товара	код	наименование	код по ОКЕИ		в одном месте	мест, штук					ставка, %	сумма, руб. коп.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Повязка ранев. липидоколл. стер. неадг. на полим.сетч.осн. NEOFIX Fibrotul, 10x100		шт	796	кор	54	1	1	8	249,27	1 994,18	10%	199,42	2 193,60
Итого							1	1	8	X	1 994,18	X	199,42	2 193,60
Всего по накладной							1	1	8	X	1 994,18	X	199,42	2 193,60

Товарная накладная имеет приложение на
и содержит Один

порядковых номеров записей

пропись
Масса груза (нетто)

Всего мест Один

пропись
Масса груза (брутто)

Один кг.

Приложение (паспорта, сертификаты и т.п.) на

листах

Всего отпущено на сумму

Две тысячи сто девяносто три рубля 60 копеек

Отпуск груза разрешил

Специалист товарной
группы ОП "МО Софьино"

Шишкина И. В.

Расшифровка подписи
(Приказ № 270 от 27.10.2023)

Главный (старший) бухгалтер

Шишкина И. В.

Расшифровка подписи
(Приказ № 270 от 27.10.2023)

Отпуск груза произвел

Специалист товарной
группы ОП "МО Софьино"

Шишкина И. В.

Расшифровка подписи
(Приказ № 270 от 27.10.2023)

М.П.

"04" апреля

2025 года

Адрес доставки г. Москва, ул. Профсоюзная д.126

По доверенности №

от

выданной

ком, кому (организация, должность, фамилия, и. о.)

Груз принял

Грузополучил

грузополучатель

Руководитель отдела закупок

Куликова С. Н.

по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024

расшифровка подписи

Руководитель отдела закупок

Куликова С. Н.

по дов-ти № 2/2024 от 10.01.2024

2025 года

Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", ИНН 5027203511, КПП 502701001**Сведения о сертификации к товарной накладной № МСК002854 от 04.04.2025 г.**

№	Наименование товара	Номер сертификата (декларации) соответствия	Дата выдачи	Дата окончания срока действия	Орган по сертификации	Организация, принявшая декларацию о соответствии
1	Повязка ранев. липидоколл. стер. неадг. на полим.сетч.осн. NEOFIX Fibrotul, 10x100	Per.уд. №ФСЗ 2012/12900	20.08.2020		Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения	

В соответствии с правилами продажи отдельных видов товаров, утвержденных постановлением Правительства РФ от 19 января 1998 г. N 55 (с изменениями от 20 октября 1998 г., 2 октября 1999 г., 6 февраля 2002 г., 12 июля 2003 г., 1 февраля 2005 г., 6 февраля, 23 мая, 15 декабря 2006 г., 27 марта 2007 г., 27 января 2009 г., 21 августа, 4 октября 2012 г.):

Продавец обязан по требованию потребителя ознакомить его с товаросопроводительной документацией на товар, содержащей по каждому наименованию товара сведения об обязательном подтверждении соответствия согласно законодательству Российской Федерации о техническом регулировании (сертификат соответствия, его номер, срок его действия, орган, выдавший сертификат, или сведения о декларации о соответствии, в том числе ее регистрационный номер, срок ее действия, наименование лица, принявшего декларацию, и орган, ее зарегистрировавший).

Эти документы должны быть заверены подписью и печатью поставщика или продавца с указанием его места нахождения (адреса) и телефона.

Оригиналы документов находятся в офисе Общества с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", по адресу 140055, Область Московская, город Котельники, микрорайон Белая Дача, Промзона ООО "Технопром", Е, 303, тел.

Должностное лицо



ВНИМАНИЕ! СЧЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН ПРИ ОПЛАТЕ НЕ ПОЗДНЕЕ 05.04.2025. ПРИ ОПЛАТЕ ПОЗЖЕ УКАЗАННОЙ ДАТЫ, ЦЕНЫ, УКАЗАННЫЕ В СЧЕТЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПЕРЕСМОТРЕНЫ. ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ МЕНЕДЖЕРУ ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ НОВОГО СЧЕТА

Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара. Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе. Товар отпускается по факту прихода денежных средств на расчетный счет Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта. Счет должен быть оплачен в течение двух рабочих дней со дня выставления. В случае, если курс ЦБ РФ на следующий день после прихода денежных средств, согласно банковской выписке, вырастет более чем на 5%, по сравнению с курсом на день выставления счета, продавец имеет право отпустить меньшее количество товара в соответствии с внутренним курсом, либо клиент должен произвести доплату.

ПАО Сбербанк Г. МОСКВА		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 5027203511	КПП 502701001	Сч. №	40702810238050018950
Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп" Получатель			

Счет на оплату № МСК004370 от 01 апреля 2025 г.

Поставщик:	Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", ИНН 5027203511, КПП 502701001, 140055, Область Московская, город Котельники, микрорайон Белая Дача, Промзона ООО "Технопром", Е, 303
Покупатель:	Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, 105062 МОСКВА ГОРОД ПЕРЕУЛОК ФУРМАННЫЙ ДОМ 3 ПОМЕЩЕНИЕ I, КОМНАТА 1
Основание:	Договор № 7 от 26.02.2020.
Грузополучатель:	Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, г. Москва, ул. Профсоюзная д.126

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Повязка ранев, липидоколл. стер. неадг. на полим.сетч.осн. NEOFIX Fibrotul, 10x100	8	шт	274,20	2 193,60
Итого к оплате включая НДС:					2 193,60
В том числе НДС 10%:					199,42
В том числе НДС 20%:					-

Всего наименований 1, на сумму 2 193,60 руб.

Две тысячи сто девяносто три рубля 60 копеек
В том числе НДС - 199,42 руб.

Руководитель	 подпись	Специалист товарной группы ОП "МО Софьино" Шишкина И. В. (Приказ № 270 от 27.10.2023) расшифровка подписи
Главный (старший) бухгалтер	 подпись	Специалист товарной группы ОП "МО Софьино" Шишкина И. В. (Приказ № 270 от 27.10.2023) расшифровка подписи



Счет-фактура №

Исправление №

Продавец:

Адрес:

ИНН/КПП продавца:

Грузоотправитель и его адрес:

Грузополучатель и его адрес:

К платежно-расчетному документу №

Документ об отгрузке: наименование, №

1/002648

—

Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп"

140055, Область Московская, город Котельники, микрорайон Белая Дача, Промзона ООО "Технопром", Е, 303

5027203511/504045002

Общество с ограниченной ответственностью "Атекс Групп", 140126, Московская область, Раменское г., Софьино с., промзона ООО ССТ тер., 3

Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", г. Москва, ул. Профсоюзная д.126

от

Товарная накладная № МСК002854

от

04.04.2025

(1)

(1а)

(2)

(2а)

(2б)

(3)

(4)

(5)

(5а)

Приложение № 1 к постановлению Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1137 (с редакции постановления Правительства Российской Федерации от 18 августа 2024 г. № 1096)

Покупатель:

Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки"

105062 МОСКВА ГОРОД ПЕРЕУЛОК ФУРМАННЫЙ ДОМ 3 ПОМЕЩЕНИЕ I, КОМНАТА 1

7718002430/770101001

Адрес:

ИНН/КПП покупателя:

Российский рубль, 643

Идентификатор государственного контракта, договора (соглашения) (при наличии):

№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъявляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
			код	условное обозначение (национальное)								цифровой код	краткое наименование	
1	1а	1б	2	2а	3	4	5	6	7	8	9	10	10а	11
1	Повязка ранев. липидоккл. стер. неадг. на полим.сетч.осн. NEOFIX Fibrotul, 10x100	—	796	шт	8,000	249,27	1 994,18	без акциза	10%	199,42	2 193,60	818	ЕГИПЕТ	10317120/210125/5011136
Всего к оплате							1 994,18	X		199,42	2 193,60			

Руководитель организации или иное уполномоченное лицо

Шишкина И. В.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(Приказ № 270 от 27.10.2023)

Главный бухгалтер или иное уполномоченное лицо

Шишкина И. В.

(подпись)

(Ф.И.О.)

(Приказ № 270 от 27.10.2023)

Индивидуальный предприниматель или иное уполномоченное лицо

(подпись)

(Ф.И.О.)

(реквизиты свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

02.04.2025

Поступ. в банк плат.

02.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

02.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3560

Сумма
прописью

Две тысячи сто девяносто три рубля 60 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	2193-60		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"		Сч. №	40703810938050001321		
Плательщик		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк г.Москва		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Плательщика		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Получателя		Сч. №	40702810238050018950		
ИНН 5027203511	КПП 502701001	Вид оп.	01	Срок плат.	
ООО "Атекс Групп"		Наз. пл.		Очер. плат.	5
Получатель		Код		Рез. поле	

По счету №МСК004370 от 01.04.2025г. оплата за изделия медицинского назначения: повязки раневые по договору №7 от 26.02.2020г. В том числе НДС 10 % - 199.42 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

02.04.2025

Статус: 1
 1 – счет-фактура и
 передаточный
 документ (акт)
 2 – передаточный
 документ (акт)

Счет-фактура № УТ-136 от 2 апреля 2025 г. (1)
 Исправление № -- от -- (1a)

Приложение № 1 к постановлению Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1137
 (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 16 августа 2024 г. № 096)

Продавец: Общество с ограниченной ответственностью "АЛГА Девелопмент" (2)
Адрес: 127030, Город Москва, вн.тер. г. Муниципальный Округ Тверской, ул Новослободская, дом 20, помещение 26/1/2 (2a)
7707763779/770701001 (2b)
ИНН/КПП продавца: он же (3)
Грузоотправитель и его адрес: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", 105062, Москва г, Фурманский пер, дом № 3, помещение 1, комната 1 (4)
Грузополучатель и его адрес: -- от -- (5)
К платежно-расчетному документу № Универсальный передаточный документ, № УТ-136 от 2 апреля 2025 г. (5a)
Документ об отгрузке Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки" (6)
Покупатель: 105062, Москва г, Фурманский пер, дом № 3, помещение 1, комната 1 (6a)
Адрес: 7718002430/770101001 (6b)
ИНН/КПП покупателя: Российский рубль, 643 (7)
Валюта: наименование, код Идентификатор государственного контракта, договора (соглашения) (при наличии): (8)

Код товара/ работ, услуг	№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Коли- чество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Нало- говая ставка	Сумма налога, предъяв- ляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрацио- нный номер декларации на товары или регистрацион- ный номер партии товара, подлежащего прослеживае- мости
				код	условное обозна- чение (нацио- нальное)								циф- ро- вой код	краткое наиме- нование	
A	1	1a	1b	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
284300	1	Повязки моделируемые с мягким силиконовым покрытием Safetac: Merilex Lite 15cmx15cm	--	796	шт	40,000	1 274,53	50 981,09	Без акциза	10%	5 098,11	56 079,20	246	Финлянди- я	10013160/22 0524/317394 5

Код товара/ работ, услуг	№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Количество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъявляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущественных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
				код	условное обозначение (национальное)								цифровой код	краткое наименование	
A	1	1a	1b	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
2440	2	Тубифаст желтый 10м эластичный бандаж для фиксации повязок	--	796	шт	4,000	3 240,33	12 961,31	без акциза	10%	1 296,13	14 257,44	826	Соединенное Королевство	10005030/04 1224517342 6
Всего к оплате (9)								63 942,40	X		6 394,24	70 336,64			

Документ составлен на 2 листах

Руководитель организации или иное уполномоченное лицо Камышина О. Н. (подпись) (ф.и.о.)

Главный бухгалтер или иное уполномоченное лицо Камышина О. Н. (подпись) (ф.и.о.)

Индивидуальный предприниматель или иное уполномоченное лицо _____ (подпись) (ф.и.о.)

(подпись свидетеля о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

Основание передачи (сдачи) / получения (приемки) Договор поставки № 2203/19 от 22.03.2019 г. [8]

Данные о транспортировке и грузе _____ (транспортная накладная, поручение экспедитору, экспедиторская / складская расписка и др. / масса нетто/ брутто груза, если не приведены ссылки на транспортные документы, содержащие эти сведения) [9]

Товар (груз) передал / услуги, результаты работ, права сдал Камышина О. Н. (должность) (подпись) (ф.и.о.) [10]

Дата отгрузки, передачи (сдачи) "2" апреля 2025 года [11]

Иные сведения об отгрузке, передаче _____ [12]

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни Камышина О. Н. (должность) (подпись) (ф.и.о.) [13]

Наименование экономического субъекта - составителя документа (в т.ч. комиссионера / агента) Общество с ограниченной ответственностью "АЛГА Девелопмент", ИНН 7707763779 [14]

Благотворительный фонд "БЭПА Дети-бабочки", ИНН/КПП 7718002430/770101001 [15]

Товар (груз) получил / услуги, результаты работ, права принял Куликова С. Н. (должность) (подпись) (ф.и.о.) [16]

Дата получения (приемки) 20.04.2025 года [17]

Иные сведения о получении, приемке _____ [18]

Наименование экономического субъекта - составителя документа ДОВ-ТИ № 2/2024 от 10.01.2024 [19]

Внимание! Счет действителен до 19.05.2025.
 Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара.
 Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется
 наличие товара на складе. Товар отпускается по факту прихода денег
 на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

Образец заполнения платежного поручения

ПАО Сбербанк г. Москва		БИК	044525225		
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225		
ИНН 7707763779	КПП	Сч. №	40702810938050017455		
Общество с ограниченной ответственностью "АЛГА Девелопмент"		Вид оп.	01	Срок плат.	
		Наз. пл.		Очер. плат.	5
		Код	3К2504АДУТ 0001490003	Рез. поле	
Получатель					
Оплата по Договору поставки № 2203/19 от 22.03.2019 г.					
Назначение платежа					

Счет на оплату № УТ-149 от 1 апреля 2025 г.

Поставщик: Общество с ограниченной ответственностью "АЛГА Девелопмент", ИНН 7707763779, 127030, Город Москва, вн.тер. г. Муниципальный Округ Тверской, ул Новослободская, дом 20, помещение 26/1/2

Покупатель: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, 105062, Москва г, Фурманский пер, дом № 3, помещение 1, комната 1, тел.: +7(495) 410-48-88

№	Артикул	Товары (работы, услуги)	Количество	Цена	Сумма без скидки	Скидка	Ставка НДС	Сумма НДС	Сумма
1	284300	Пояски моделируемые с мягким силиконовым покрытием Safetac: Mepilex Lite 15cmx15cm	40 шт	1 557,76	62 310,40	6 231,20	10%	5 098,11	56 079,20
2	2440	Тубифаст желтый 10м эластичный бандаж для фиксации поясков	4 шт	3 960,40	15 841,60	1 584,16	10%	1 296,13	14 257,44

Итого: 78 152,00 7 815,36 6 394,24 70 336,64
 В т.ч. НДС (10%): 6 394,24
 Итого с НДС: 70 336,64

Всего наименований 2, на сумму 70 336,64 руб.

Семьдесят тысяч триста тридцать шесть рублей 64 копейки

Генеральный директор

Бухгалтер

Менеджер



Камышина О. Н.

расшифровка подписи

Камышина О. Н.

расшифровка подписи

расшифровка подписи

02.04.2025

Поступ. в банк плат.

02.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3557

02.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

Сумма прописью Семьдесят тысяч триста тридцать шесть рублей 64 копейки

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	70336-64		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"		Сч. №	40703810938050001321		
Плательщик		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Плательщика		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Получателя		Сч. №	40702810938050017455		
ИНН 7707763779		Вид оп. 01	Срок плат.	Очер. плат.	5
КПП 770701001					
ООО "АЛГА Девелопмент"					
Получатель		Код	Рез. поле		

По счету №УТ-149 от 01.04.2025г. оплата за повязки медицинские, бандаж эластичный согласно договора №2203/19 от 22.03.2019г. В том числе НДС 10 % - 6394.24 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

02.04.2025

Универсальный
передаточный
документ

Статус: 1

1 – счет-фактура и
передаточный
документ (акт)
2 – передаточный
документ (акт)

Счет-фактура № 38306 от 08 апреля 2025 г. (1)
Исправление № — от — (1а)

Продавец: Общество с ограниченной ответственностью "ДЕЗНЭТ"
Адрес: 129337, Москва г, Ярославское ш, дом № 19, строение 1, этаж 5 пом II ком 5, тел.:
+7 (495) 225-95-59, р/с 40702810638000100560, в банке ПАО СБЕРБАНК, БИК
044525225, к/с 301018104000000000225
ИНН/КПП продавца: 7716851051/771601001
Грузоотправитель и его адрес: он же
Грузополучатель и его адрес: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", Москва, ул.Профсоюзная, д.128
(универмаг ТП Крокус)
К платежно-расчетному документу № 3550 от 01.04.2025 г.
Документ об отгрузке Универсальный передаточный документ, № 38306 от 08.04.2025

(2) Покупатель: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки" (6)
Адрес: 105062, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение 1,
комната 1, тел.: +7 (495) 410-48-88, р/с 40703810938050001321,
в банке ПАО СБЕРБАНК, БИК 044525225, к/с
301018104000000000225 (6а)
(2а) ИНН/КПП покупателя: 7718002430/770101001 (6б)
(2б) (3) Валюта: наименование, код Российский рубль, 643 (7)
(4) Идентификатор государственного контракта,
(5) договора (соглашения) (при наличии): (8)
(5а)

Код товара/ работ, услуг	На л/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Коли- чество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъяв- ляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
				код	условное обозна- чение (нацио- нальное)								циф- ро- вой код	краткое наименова- ние	
A	1	1а	1б	2	2а	3	4	5	6	7	8	9	10	10а	11
	1	Октенисепт (250мл) спрей (МАРКИРОВАННЫЙ; 10013160/071024/3290669, Германия)		796	шт.	5,000	1 683,33	8 416,67		20%	1 683,33	10 100,00	278	Германия	10013160/071024/32908 69

Код товара/ работ, услуг	№ п/п	Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг), имущественного права	Код вида товара	Единица измерения		Коли- чество (объем)	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав без налога - всего	В том числе сумма акциза	Налоговая ставка	Сумма налога, предъяв- ляемая покупателю	Стоимость товаров (работ, услуг), имущест- венных прав с налогом - всего	Страна происхождения товара		Регистрационный номер декларации на товары или регистрационный номер партии товара, подлежащего прослеживаемости
				код	условное обозна- чение (нацио- нальное)								циф- ро- вой код	краткое наименова- ние	
A	1	1a	16	2	2a	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11
	2	Игла инъекционная 18G 1,20 x 40мм 1 1/2" (100шт/уп) Парамед Консалтинг (10702070/090924/3297755, Китай)		778	упак.	4,000	185,00	740,00		без НДС	без НДС	740,00	156	Китай	10702070/090924/3297755
Всего к оплате (9)								9 156,67	X		1 683,33	10 840,00			

Документ составлен на 2 листах

Руководитель организации или иное уполномоченное лицо Дымов М.С. (подпись) (ф.и.о.)

Главный бухгалтер или иное уполномоченное лицо Дымов М.С. (подпись) (ф.и.о.)

Индивидуальный предприниматель или иное уполномоченное лицо Дымов М.С. (подпись) (ф.и.о.)

(реквизиты свидетельства о государственной регистрации индивидуального предпринимателя)

Основание передачи (сдачи) / получения (приемки) 25/00200 от 21.01.2025 г. (Счет на оплату № 2849721 от 1 апреля 2025 г.) [8]

(договор, доверенность и др.)

Данные о транспортировке и грузе [9]

(транспортная накладная, поручение экспедитору, экспедиторская / складская расписка и др. / масса нетто/ брутто груза, если не приведены ссылки на транспортные документы, содержащие эти сведения)

Товар (груз) передал / услуги, результаты работ, права сдал Генеральный директор Дымов М.С. (подпись) (ф.и.о.) [10]

Товар (груз) получил / услуги, результаты работ, права принял Куликова С.Н. (подпись) (ф.и.о.) [15]

Дата отгрузки, передачи (сдачи) « 08 » апреля 2025 года [11]

Дата получения (приемки) « 08 » апреля 2025 года [16]

Иные сведения об отгрузке, передаче [12]

Иные сведения о получении, приемке [17]

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни Генеральный директор Дымов М.С. (подпись) (ф.и.о.) [13]

Ответственный за правильность оформления факта хозяйственной жизни Куликова С.Н. (подпись) (ф.и.о.) [18]

Наименование экономического субъекта – составителя документа (в т.ч. комиссионера / агента) Общество с ограниченной ответственностью "ДЕЗНЭТ", ИНН/КПП 7716851051/771601001 [14]

Наименование экономического субъекта – составителя документа Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН/КПП 7718002430/770101001 [19]

(может не заполняться при проставлении печати в М.П., может быть указан ИНН / КПП)



ВНИМАНИЕ! Срок получения товара при самовывозе со склада составляет 14 календарных дней с момента уведомления покупателя о готовности заказа к получению. По истечении указанного срока Поставщик имеет право расформировать заказ.

Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара. Для резерва товара необходимо прислать подтверждающее письмо или платежное поручение с отметкой банка. Цены в счете действительны в течение 2-х дней.



ПАО СБЕРБАНК Г. МОСКВА		БИК	044525225
Банк получателя		Сч. №	30101810400000000225
ИНН 7716851051	КПП 771601001	Сч. №	40702810638000100560
Общество с ограниченной ответственностью "ДЕЗНЭТ"			
Получатель			

Счет на оплату № 2849721 от 01 апреля 2025

Договор: 25/00200 от 21.01.2025 г.

Поставщик: Общество с ограниченной ответственностью "ДЕЗНЭТ", ИНН 7716851051, КПП 771601001, 129337, Москва г, Ярославское ш, дом № 19, строение 1, этаж 5 пом II ком 5, тел.: +7 (495) 225-95-59

Покупатель: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, 105062, г. Москва, Фурманский переулок, дом 3, помещение 1, комната 1, тел.: +7 (495) 410-48-88

Грузополучатель: Благотворительный фонд "БЭЛА. Дети-бабочки", ИНН 7718002430, КПП 770101001, Москва, ул.Профсоюзная, д.126 (универмаг ТП Крокус), тел.: +7 (495) 410-48-88

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Ставка НДС	Сумма
1	Октенисепт (250мл) спрей	5	шт.	2 020,00	20%	10 100,00
2	Игла инъекционная 18G 1,20 x 40мм 1 1/2" (100шт/уп) Парамед Консалтинг	4	упак.	185,00	Без НДС	740,00

Итого: 10 840,00
В том числе НДС: 1 683,33
Итого НДС 20% 1 683,33

Всего наименований 2, на сумму 10 840,00 руб.

Десять тысяч восемьсот сорок рублей 00 копеек

Руководитель Генеральный директор
должность

подпись

/Дымов М. С./
расшифровка подписи

Главный (старший) бухгалтер

подпись

/Дымов М. С./
расшифровка подписи

С уважением, Вера

01.04.2025

Поступ. в банк плат.

01.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

01.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3550

Сумма
прописью Десять тысяч восемьсот сорок рублей 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	10840-00		
БФ "БЭЛА. ДЕТИ-БАБОЧКИ"			Сч. №	40703810938050001321	
Платательщик		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Плательщика		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Получателя		Сч. №		40702810638000100560	
ИНН 7716851051	КПП 771601001		Вид оп.	01	Срок плат.
ООО "ДЕЗНЭТ"		Очер. плат.			
Получатель		Рез. поле			
		Наз. пл.			
		Код			

По счету №2849721 от 01.04.2025г. за Октенисепт (250мл) спрей, иглы инъекционные согласно договора №25/00200 от 21.01.2025г. В том числе НДС 20 % - 1683.33 рублей.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

01.04.2025

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»
наименование организации

Форма по ОКУД
по ОКПО

Код

0302001

90606367

УТВЕРЖДАЮ
Отчет в сумме 7 507 руб. 00 коп.

АВАНСОВЫЙ ОТЧЕТ

Номер	Дата
48	04.04.2025

Руководитель Председатель фонда
должность
Куратова А.А.
подпись
расшифровка подписи
4 апреля 2025 г.

Структурное подразделение

Основное подразделение

Код

000000001

Подотчетное лицо

Куликова С.Н.

Табельный номер

Профессия (должность)

Руководитель отдела закупок

Назначение аванса

Покупка медикаментов

Наименование показателя		Сумма, руб.коп.	Бухгалтерская запись			
Предыдущий аванс	остаток		дебет		кредит	
	перерасход		счет, субсчет	сумма, руб.коп.	счет, субсчет	сумма, руб.коп.
Получен аванс 1. из кассы			10.02	7 478,00	71.01	7 478,00
1а. в валюте (справочно)			86.02	29,00	71.01	29,00
2. по банковским картам		7 507,00				
2а. в валюте (справочно)						
Итого получено		7 507,00				
Израсходовано		7 507,00				
остаток						
перерасход						

Приложение 1 документов на 1 листах

Отчет проверен. К утверждению в сумме: Семь тысяч пятьсот семь рублей 00 копеек (7 507 руб. 00 коп.)

Главный бухгалтер Шишкина И.А.
подпись
Бухгалтер Юрьева Е.В.
подпись

Остаток внесен в сумме руб. коп. по кассовому ордеру № " " 20 г.
Перерасход выдан руб. коп. по кассовому ордеру № " " 20 г.
Бухгалтер (кассир) Юрьева Е.В.
подпись

Оборотная сторона формы № АО-1

Номер по порядку	Документ, подтверждающий производственные расходы		Наименование документа (расхода)	Сумма расхода				Дебет счета, субсчета
	Дата	Номер		по отчету		принятая к учету		
				в руб. коп	в валюте	в руб. коп	в валюте	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	04.04.2025	б/н	Чек	7 478,00		7 478,00		10.02,
2	04.04.2025	Чек б/н	Сборка	29,00		29,00		86.02,
			Итого	7 507,00		7 507,00		

Подотчетное лицо

Куликова С.Н.

подпись

расшифровка подписи

ОНЛАЙН-КАССА

АТОП

Кассовый чек

Итого расчетов

Актовый бланк

ПРОТОСОЛ ГЕЛЬ для наружного применения для ран 250 мл 5 Бранш М
Вилкап АГ

НАС 10%	3739 00*2шт.	=7478 00
НАЛИЧНЫЕ		=0 00
БЕЗНАЛИЧНЫЕ		=0 00
ВСТРЕЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ	БОНУС СПАСИБО	-7478 00
НАС 20%	29 00*1шт.	=29 00
НАЛИЧНЫЕ		=0 00
БЕЗНАЛИЧНЫЕ		=0 00
ВСТРЕЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ	БОНУС СПАСИБО	-29 00
КОД		=0
510000000005530378		

ИТОГ =7507 00

СУММА НАС 20% =4 83

СУММА НАС 10% =679 82

БЕЗНАЛИЧНЫЙ =7507 00

Кассир

Гурьян Ольга Вячеславовна

ООО "БАЛТЕКА"

117321, г. Москва, Ярославская в 12в, к 2

ИН ККТ 00108123580271

РН ККТ 0008419011041782

ИНН 7704865540

ФН 7384440800108642

ФЯ 15470

ФЛ 0596620548

ПРИХОД

04.04.25 11:08



04.04.2025

Поступ. в банк плат.

04.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

04.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3609

Сумма
прописью

Семь тысяч пятьсот семь рублей 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	7507-00		
БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"			Сч. №	40703810938050001321	
Платательщик		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Платателя		БИК		044525225	
ПАО Сбербанк			Сч. №	30101810400000000225	
Банк Получателя					
ИНН	КПП				
Куликова С					
Получатель		Вид оп.	01	Срок плат.	5
		Наз. пл.	2	Очер. плат.	
		Код		Рез. поле	

Перевод денежных средств под отчет Куликовой Светлане Николаевне. НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕН

04.04.2025

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»
наименование организации

Форма по ОКУД	Код
по ОКПО	0302001
	90606367

УТВЕРЖДАЮ
Отчет в сумме 10 000 руб. 00 коп.

Руководитель Председатель фонда
подпись должность
Куратова А.А.
расшифровка подписи

9 апреля 2025 г.

АВАНСОВЫЙ ОТЧЕТ

Номер	Дата
59	09.04.2025

Структурное подразделение Обособленное подразделение в г.Санкт-Петербург

Подотчетное лицо Геворкян М.Г. Табельный номер 0000000114

Профессия (должность) Заместитель руководителя напр: Назначение аванса Расходы на лабораторные анализы

Наименование показателя		Сумма, руб.коп.	Бухгалтерская запись			
Предыдущий остаток			дебет		кредит	
аванс перерасход			счет, субсчет	сумма, руб.коп.	счет, субсчет	сумма, руб.коп.
Получен аванс 1. из кассы			86.02	10 000,00	71.01	10 000,00
1а. в валюте (справочно)						
2. по банковским картам		10 000,00				
2а. в валюте (справочно)						
Итого получено		10 000,00				
Израсходовано		10 000,00				
остаток						
перерасход						

Приложение 3 документов на 3 листах

Отчет проверен. К утверждению в сумме: Десять тысяч рублей 00 копеек (10 000 руб. 00 коп.)

Главный бухгалтер Шишкина И.А.
подпись расшифровка подписи

Бухгалтер
подпись расшифровка подписи

Остаток внесен в сумме руб. коп. по кассовому ордеру № " " 20 г.

Перерасход выдан

Бухгалтер (кассир) Юрьева Е.В.
подпись расшифровка подписи " " 20 г.

Номер по порядку	Документ, подтверждающий производственные расходы		Наименование документа (расхода)	Сумма расхода				Дебет счета, субсчета
				по отчету		принятая к учету		
	Дата	Номер		в руб. коп	в валюте	в руб. коп	в валюте	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	09.04.2025	000033	Чек	10 000,00		10 000,00		86.02,
			Итого	10 000,00		10 000,00		

Подотчетное лицо


Подпись

Геворкян М.Г.

расшифровка подписи

Форма по ОКУД
по ОКПО

Код
0302001
90606367

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»
наименование организации

УТВЕРЖДАЮ
Отчет в сумме

39 972 руб. 10 коп.

АВАНСОВЫЙ ОТЧЕТ

Номер	Дата
39	21.03.2025

Руководитель Председатель фонда

должность

Куратова А.А.
подпись
21 марта 2025 г.

Куратова А.А.
расшифровка подписи

Структурное подразделение Обособленное подразделение в г.Санкт-Петербург

Подотчетное лицо Геворкян М.Г.

фамилия, инициалы

Табельный номер

0000000114

Профессия (должность) Заместитель руководителя напр Назначение аванса Покупка медикаментов

Наименование показателя	Сумма, руб.коп.
Предыдущий остаток	111 762,30
аванс перерасход	
Получен аванс 1. из кассы	
1а. в валюте (справочно)	
2. по банковским картам	50 000,00
2а. в валюте (справочно)	
Итого получено	50 000,00
Израсходовано	39 972,10
остаток	121 790,20
перерасход	

Бухгалтерская запись			
дебет		кредит	
счет, субсчет	сумма, руб.коп.	счет, субсчет	сумма, руб.коп.
10.02	39 606,10	71.01	39 606,10
86.02	366,00	71.01	366,00

Приложение 9 документов на 9 листах

Отчет проверен. К утверждению в сумме:

Тридцать девять тысяч девятьсот семьдесят два рубля 10 копеек (39 972 руб. 10 коп.)

Главный бухгалтер

Шишкина И.А.

Бухгалтер

Юрьева Е.В.

Остаток внесен

в сумме

руб.

коп. по кассовому ордеру №

"

"

20

г.

Перерасход выдан

Бухгалтер (кассир)

расшифровка подписи

Номер по порядку	Документ, подтверждающий производственные расходы		Наименование документа (расхода)	Сумма расхода				Дебет счета, субсчета
	Дата	Номер		по отчету		принятая к учету		
				в руб. коп	в валюте	в руб. коп	в валюте	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	21.03.2025	2413	Чек	32 247,00		32 247,00		10.02.
2	21.03.2025	581	Чек	6 392,00		6 392,00		10.02.
3	21.03.2025	734	Чек	967,10		967,10		10.02.
4	21.03.2025	Чек 2413	Доставка	179,00		179,00		86.02.
5	21.03.2025	Чек 581	Сборка	59,00		59,00		86.02.
6	21.03.2025	Чек 734	Доставка	69,00		69,00		86.02.
7	21.03.2025	Чек 734	Сборка	59,00		59,00		86.02.
Итого				39 972,10		39 972,10		

Подотчетное лицо



подпись

Геворкян М.Г.

расшифровка подписи

Форма по ОКУД
по ОКПО

Код
0302001
90606367

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»
наименование организации

УТВЕРЖДАЮ

Отчет в сумме 10 590 руб. 00 коп.

Руководитель Председатель фонда

должность

Куратова А.А.

подпись

расшифровка подписи

7 апреля 2025 г.

АВАНСОВЫЙ ОТЧЕТ

Номер	Дата
57	07.04.2025

Структурное подразделение Обособленное подразделение в г.Санкт-Петербург

Подотчетное лицо Геворкян М.Г.

фамилия, инициалы

Табельный номер

0000000114

Профессия (должность) Заместитель руководителя напр. Назначение аванса Расходы на лабораторные анализы

Наименование показателя	Сумма, руб. коп.
Предыдущий остаток	
аванс перерасход	39 972,10
Получен аванс 1. из кассы	
1а. в валюте (справочно)	
2. по банковским картам	50 000,00
2а. в валюте (справочно)	
Итого получено	50 000,00
Израсходовано	10 590,00
остаток	
перерасход	562,10

Бухгалтерская запись			
дебет		кредит	
счет, субсчет	сумма, руб. коп.	счет, субсчет	сумма, руб. коп.
86.02	10 590,00	71.01	10 590,00

Приложение 3 документов на 3 листах

Отчет проверен. К утверждению в сумме: Десять тысяч пятьсот девяносто рублей 00 копеек (10 590 руб. 00 коп.)

Главный бухгалтер

подпись

Шишкина И.А.

расшифровка подписи

Бухгалтер

подпись

расшифровка подписи

Остаток внесен

в сумме

562

руб.

10

коп.

по кассовому ордеру № 3640 " 08 04 2025 г.

Перерасход выдан

Бухгалтер (кассир)

подпись

Юрьева Е.В.

расшифровка подписи

20 г.

Номер по порядку	Документ, подтверждающий производственные расходы		Наименование документа (расхода)	Сумма расхода				Дебет счета, субсчета
				по отчету		принятая к учету		
	Дата	Номер		в руб. коп	в валюте	в руб. коп	в валюте	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	06.04.2025	12194	Чек (лаборатронные анализы)	1 900,00		1 900,00		86.02,
2	07.04.2025	0148	Чек (лаборатронные анализы)	5 890,00		5 890,00		86.02,
3	07.04.2025	12239	Чек (лаборатронные анализы)	2 800,00		2 800,00		86.02,
Итого				10 590,00		10 590,00		

Подотчетное лицо


подпись

Геворкян М.Г.

расшифровка подписи

ООО "Инстамарт Сервис"

115280, Г.Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, ул Ленинская Слобода, д. 19, комната 41а1

ИНН 9705118142

Место расчётов: <https://kuper.ru>

КАССОВЫЙ ЧЕК №734

Приход	21.03.2025 14:39
Смена	165
Кассир	Кассир
Телефон или электронный адрес покупателя	gevorik3@yandex.ru
Электронный адрес отправителя	hello@kuper.ru
Применяемая система налогообложения	ОСН
Признак расчетов в сети Интернет	Да

1: Йогурт питьевой детский Агуша Иммуности черника-брусника-клюква с 8 месяцев 2,7% 200 мл

7 шт. x 50.90

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок

356.30

Ставка НДС

ставка 10%

Способ расчета

ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ

Признак предмета расчета

Товар

2: Йогурт питьевой детский Агуша яблоко-груша с 8 месяцев 2,7% 180 мл

12 шт. x 50.90

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок

610.80

Ставка НДС

ставка 10%

Способ расчета

ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ

Признак предмета расчета

Товар

3: Доставка H51399101460

1 шт. x 69.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок	69.00
Ставка НДС	не облагается
Способ расчета	ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Признак предмета расчета	Услуга
Признак агента по предмету расчета	АГЕНТ
Телефон поставщика	+79112962911
Наименование поставщика	Кольцов Павел Викторович
ИНН поставщика	781429695376

4: Сборка

1 шт. x 59.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок	59.00
Ставка НДС	не облагается
Способ расчета	ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Признак предмета расчета	Услуга
Признак агента по предмету расчета	АГЕНТ
Телефон поставщика	+79817122202
Наименование поставщика	Рожкова Татьяна Викторовна
ИНН поставщика	782616132400

ИТОГ

= 1095.10

НАЛИЧНЫМИ	0.00
БЕЗНАЛИЧНЫМИ	1095.10
ЗАЧЕТ ПРЕДОПЛАТЫ (АВАНСА)	0.00
СУММА ПО ЧЕКУ (БСО) В КРЕДИТ	0.00
СУММА ПО ЧЕКУ (БСО) ВСТРЕЧНЫМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ	0.00
СУММА НДС ЧЕКА ПО СТАВКЕ 10%	87.92
СУММА РАСЧЕТА ПО ЧЕКУ БЕЗ НДС	128.00

Дополнительные реквизиты

идентификатор заказа	H51399101460
----------------------	--------------

№ ФН

7380440801152838

Регистрационный номер ККТ

0007476874025147

№ ФД

145011

ФПД

3686325811

Версия ФФД

1.2

Адрес для проверки чека platformaofd.ru

Сайт ФНС: nalog.gov.ru

СПАСИБО ЗА ПОКУПКУ!



1.	Пюре Fleur Alpine «Овощи с говядиной и цельными злаками», с 8 месяцев, 6 шт. по 100 г 1 x 1267,00 в т.ч. НДС 20/120	≡1267,00 ≡211,17
2.	Пакет-майка OZON fresh 1 x 8,00 в т.ч. НДС 20/120	≡8,00 ≡1,33
3.	Пюре Fleur Alpine «Овощи с индейкой и цельными злаками», с 8 месяцев, 6 шт. по 100 г 5 x 1497,00 в т.ч. НДС 20/120	≡7485,00 ≡1247,50
4.	Пюре ФрутоНяня Тропический микс, яблоко, банан, манго, апельсин, 250 г x 12 шт 1 x 995,00 в т.ч. НДС 20/120	≡995,00 ≡165,83
5.	Пюре ФрутоНяня Яблоко-персик, 12 шт 100 г 3 x 531,00 в т.ч. НДС 20/120	≡1593,00 ≡265,50
6.	Пюре фруктовое ФрутоНяня с 6 месяцев, салатик из фруктов, 90 г x 12 3 x 651,00 в т.ч. НДС 20/120	≡1953,00 ≡325,50
7.	Каша безмолочная детская Fleur Alpine Гречневая гипоаллергенная, с 4 месяцев, 175 г 6 x 696,00 в т.ч. НДС 20/120	≡4176,00 ≡696,00
8.	Каша безмолочная детская Fleur Alpine Кукурузная с пребиотиками гипоаллергенная, с 5 месяцев, 175 г 12 x 615,00 в т.ч. НДС 20/120	≡7380,00 ≡1230,00
9.	Пюре Fleur Alpine «Овощи с телятиной и цельными злаками», с 8 месяцев, 6 шт. по 100 г 5 x 1478,00 в т.ч. НДС 20/120	≡7390,00 ≡1231,67
10.	Доставка 1 x 179,00 в т.ч. НДС 20/120	≡179,00 ≡29,83

ИТОГ	≡32426,00
в т.ч. НДС 20/120	≡5404,33
Предварительная оплата	
Безналичными	≡32426,00

ФП

ФН:	7380440801613431
РН ККТ:	0006816068031613
ФД:	168242
ФПД:	3513450896
Сайт ФНС:	www.nalog.ru



КАССОВЫЙ ЧЕК №581

Приход	21.03.2025 13:10
Смена	224
Кассир	Кассир
Телефон или электронный адрес покупателя	gevorik3@yandex.ru
Электронный адрес отправителя	hello@kuper.ru
Применяемая система налогообложения	ОСН
Признак расчетов в сети Интернет	Да

ООО "Инстамарт Сервис"

115280, Г.Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, ул Ленинская Слобода, д. 19, комната 41а1

ИНН 9705118142

Место расчётов: <https://kuper.ru>

1: Подгузники Huggies Classic 3 (4-9 кг) 78 шт

2 шт. x 1099.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок	2198.00
Ставка НДС	ставка 10%
Способ расчета	ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Признак предмета расчета	Товар

2: Каша Fleur Alpine гречневая гипоаллергенная безмолочная с 4 месяцев 175 г

6 шт. x 699.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок	4194.00
Ставка НДС	ставка 10%
Способ расчета	ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ

Признак предмета расчета

Товар

3: Доставка H53394629155

1 шт. x 0.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок

0.00

Ставка НДС

ставка 20%

Способ расчета

ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ

Признак предмета расчета

Услуга

Признак агента по предмету расчета

АГЕНТ

Телефон поставщика

+79531782529

Наименование поставщика

"Курьер Плюс" Косимзода Алишер Олимжон

ИНН поставщика

6165229322

4: Сборка

1 шт. x 59.00

Общая стоимость позиции с учетом скидок и наценок

59.00

Ставка НДС

не облагается

Способ расчета

ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ

Признак предмета расчета

Услуга

Признак агента по предмету расчета

АГЕНТ

Телефон поставщика

+79111569508

Наименование поставщика

Краснова Анна Ивановна

ИНН поставщика

470611684409

ИТОГ

= 6451.00

НАЛИЧНЫМИ

0.00

БЕЗНАЛИЧНЫМИ

6451.00

ЗАЧЕТ ПРЕДОПЛАТЫ (АВАНСА)

0.00

СУММА ПО ЧЕКУ (БСО) В КРЕДИТ

0.00

СУММА ПО ЧЕКУ (БСО) ВСТРЕЧНЫМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ

0.00

СУММА НДС ЧЕКА ПО СТАВКЕ 20%

0.00

СУММА НДС ЧЕКА ПО СТАВКЕ 10%

581.09

СУММА РАСЧЕТА ПО ЧЕКУ БЕЗ НДС

59.00

Дополнительные реквизиты

идентификатор заказа

H53394629155

Н ФН

7380440801152355

Регистрационный номер ККТ

0007476879036799

Н ФД

205414

ФПД

1820581833

Версия ФФД

1.2

Адрес для проверки чека: platformaofd.ru

Сайт ФНС: nalog.gov.ru

СПАСИБО ЗА ПОКУПКУ!



СПб ГУ Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова (поликлиника, стационар)
199004, Санкт-Петербург, Калескентская В.О., д. 154
Тел: 8121676-25-44 8121676-25-25



ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И.Пирогова
(поликлиника, стационар)
190020, г. Санкт-Петербург, набережная реки Фонтанки, д. 154
Лицензия № ЛО41-001110-47/00361785 от 27.10.2020



Личный кабинет пациента
876-25-25
gosmed.ru

ФИО пациента: Тошматзода М.
Пол: мужской Дата рождения:
Телефон: 7

АК: 43940330

Справка N 43940330. Дата выдачи: 21.03.2025.

Пациент приглашен на консилиум "Буллезный эпидермолиз" 09.04.2025

Должность: медицинский регистратор Тюлюкина Кристина Владимировна

Подпись:

Личная печать врача

Печать медицинской организации

21.03.2025



ИНФОРМАЦИОННЫЙ ТАЛОН ДЛЯ ПАЦИЕНТА. НЕ ПРИКЛАДЫВАТЬ К ДОКУМЕНТАМ



Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И.Пирогова СПбГУ
Код ОГРН 1024702181404
т.: 676-25-25, www.gosmed.ru

ФИО пациента: Тошматзода М

АК № 43940330

Дата рождения:

[2680] Медицинский консилиум по заболеванию "буллезный эпидермолиз"

Назначено на: 09.04.2025 13:30

Площадка: Кадетская лин. ВО, 15, Санкт-Петербург, 199053

Отделение: Травматологическое №3

Договор: Наличный расчет

Цена: 10000.00 руб.

09.04.25 13:09

СЧЕТ ГБУЗ "ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ"

Санкт-Петербург
Авангардная ул. 14

ЧЕК
ЧЕК КЛИЕНТА
ОПЛАТА ПОКУПКИ
06.04.25 19.15.04
ТЕРМИНАЛ: P4500217
КАРТА MIR
МИР2

**** * 8725
AID 00000000581010

Идентификатор транзакции:
250406585154887522

СУММА 1'900.00 RUB

КОД ОТВЕТА 000000

КОД ПОДТВЕРЖДЕНИЯ: 410002

TVR 0000000000
RRN 509654887522

СПБ ГБУЗ "ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИ-
НИЧЕСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ"

КАССОВЫЙ ЧЕК

ПРИХОД
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧЕМ-ДЕТСКОГО ХИРУРГА
02 1.000 * 1900.00 = 1900.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Пациент: 6134/A25
Платательщик: Тошматова С.Р.

ИТОГ = 1900.00

Сумма без НДС = 1900.00
БЕЗНАЛИЧНЫМИ = 1900.00
ПОЛУЧЕНО = 1900.00
СНО: ОСН

Пользователь: СПБ ГБУЗ "Детский
и городской многопрофильный клинический специали-
зированный центр высоких медицинских технологий"

Адрес: 198205, г. СПб., Авангардная ул., д. 14, лит. А

Место расчета: Касса 1

Кассир: Калинина О. Н.

Сайт ФНС: nalog.gov.ru

ФН ККТ: 001063039832214

Смена № 00382

Чек № 00002

Дата Время 06.04.25 19:16

ИНН: 7807021756

РН ККТ: 0001637294028240

ФН № 7380440700037463

ФД № 0000017488

ФП: 2505631910



СПАСИБО
ЗА ВИЗИТ!

Уведомление

Несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима и лечения, могут снизить качество медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Подпись законного представителя пациента (родственника)

Перечень платных услуг №17488

обследования и лечения пациента в стационарном отделении

СПБ ГБУЗ "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий"

г. Санкт-Петербург

Дата: 06.04.2025

Тошматова М. [redacted]

(фамилия, имя, отчество)

[redacted]
(текущее проживание)

					Ответственные		
№ п/п	Предоставляемые услуги	Цена 1 усл.	Кол-во	Сумма, руб	Отделение	Исполнитель 1	Исполнитель 2
1	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	1900.00	1	1900.00	Условный хирург приемного отделения I	Условный хирург приемного отделения I	
Предоплата по документам:							

Итого обследование и лечение на сумму 1900.00 руб.

сумма цифрами (в рублях)

Принял кассир

Калинина О. Н.

(ФИО кассира)

Я, Тошматова С. [redacted] законный представитель пациента Тошматова М. [redacted] прошу оказать медицинскую помощь в условиях СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» за наличный расчет по моему личному желанию. Объем медицинских действий, необходимый моему ребенку мне известен. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Я понимаю, что в ходе обследования или лечения может возникнуть необходимость выполнения других диагностических или лечебных манипуляций, которые потребуют дополнительной оплаты, которую я гарантирую.

Подпись законного представителя пациента (родственника)

ДОГОВОР № 6484/K42025

на оказание платных медицинских услуг

г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий", действующее на основании лицензии ЛО-78-01-011044 от 12.08.2020г., выданной Санкт-Петербургским Комитетом по здравоохранению, ОГРН:1027804608551 от 16.06.1995, регистрирующий орган: Рег. палата Администрации г. Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Гостицкого А.В., действующего на основании: Устава, с одной стороны, и гражданин: Тошматова С. _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», имеющий намерение получить платные медицинские услуги в отношении несовершеннолетнего гражданина Тошматзода М. _____, именуемого в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель с учетом положений настоящего договора обязуется оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги, указанные в Дополнительном соглашении к договору, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги.

1.2. В случае, если Заказчик и Пациент совпадают в одном лице, то по тексту настоящего Договора термины "Пациент" и "Заказчик" являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

1.3. Услуги считаются оказанными после подписания акта сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт). В случае не подписания Акта Пациентом в течение 10 дней с момента оказания Исполнителем услуг и отсутствия письменного отказа Пациента от подписания Акта, Акт считается подписанным и Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

1.4. Пациент, получив от Исполнителя в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает добровольное согласие на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство в письменной форме. Подписание настоящего договора Пациентом свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление медицинских услуг.

1.5. Подписывая настоящий договор, Пациент проинформирован:

- что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на аналогичную бесплатную медицинскую помощь (услуги) согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; если такая медицинская помощь предусмотрена программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- что при определении размера налоговой базы Пациент имеет право на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинским учреждением Российской Федерации;

1.6. Заключая настоящий договор, Пациент соглашается, что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Пациентом получена в полном объеме.

1.7. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по следующему адресу: г. Санкт-Петербург, Ул. Авангардная д. 14 (Литер А), Ул. Зины Портновой д. 40.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в порядке и сроках в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.3. Использовать методы, оборудование, лекарственные средства и расходные материалы, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности, а также соблюдать порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях. Информировать Пациента 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 Пациента. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

2.1.5. Незамедлительно поставить в известность Пациента о выявлении у него противопоказаний к предоставлению медицинской услуги.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2. Требовать от Пациента соблюдения правил внутреннего распорядка медицинской организации.

2.2.3. В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут осуществлять прием следующих граждан. При этом прием Пациента будет произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя.

2.2.4. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделение другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.

2.2.5. Расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка медицинской организации.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Оплатить Исполнителю предоставленные услуги в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором.

2.3.2. Предоставлять Исполнителю необходимые для оказания услуг сведения о состоянии своего здоровья и обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых услуг, в том числе о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах, о непереносимости лекарственных препаратов и иные сведения, запрошенные Исполнителем, необходимые для полного и качественного оказания медицинских услуг.

2.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.4. Ознакомиться с правилами поведения пациентов в медицинской организации, правилами внутреннего распорядка и режимом работы Исполнителя и соблюдать их.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача в медицинской организации.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Пациенту медицинских услуг по цене, указанной в Дополнительном соглашении к договору. Цена услуг устанавливается с учетом Прейскуранта цен Исполнителя.

3.2. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу Исполнителя, а также перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Если при оказании медицинских услуг по результатам обследования и лечения потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг Пациенту, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и оказать ему такие услуги только с согласия Пациента. Такие услуги оказываются Пациенту либо на основании отдельно заключенного Договора, либо Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.4. После оплаты Пациенту выдается контрольно-кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату оказанных ему медицинских или иных услуг.

3.5. По требованию Пациента, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинских услуг

4.1. Врач информирует Пациента о его правах и обязанностях, состоянии его здоровья и диагнозе. Врач предоставляет Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.2. Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией личной подписью заверяет Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания Медицинских услуг по Договору и неотъемлемой частью индивидуальной Медицинской карты Пациента.

4.3. В случае отказа Пациента от подписания формы Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих Медицинских услуг.

4.4. Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необо-

по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме Врачом разъясняются возможные последствия такого отказа.

5. Срок действия договора

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6. Порядок изменения и расторжения договора

1. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего договора.
2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7. Ответственность сторон

1. Исполнитель несет ответственность за нарушение прав Пациента в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, а также за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
2. Пациент вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных ему неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда его жизни и (или) здоровью.
3. Пациент имеет право при обнаружении недостатков оказанной ему платной медицинской услуги, других отступлений от условий настоящего договора требовать от Исполнителя по своему выбору: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок, назначенный Исполнителем; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного повторного оказания услуги; возмещения понесенных Пациентом расходов на устранение недостатков оказанной услуги своими средствами или с привлечением третьих лиц; расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.
Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета настоящего договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.
4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по причине нарушения Пациентом своих обязанностей.
5. В случае нарушения установленных настоящим договором сроков оказания услуг Пациенту выплачивается неустойка в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Стороны пришли к соглашению, что указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости оказанных медицинских услуг и (или) предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты.

8. Прочие условия

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и оплаты Пациентом медицинских услуг и действует до прекращения его действия в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
8.3. При возникновении разногласий сторон по качеству оказанных услуг Пациент имеет право в досудебном порядке обратиться к Исполнителю с письменным заявлением с обоснованием заявленных требований. Исполнитель обязуется рассмотреть письменное заявление Пациента и представить письменный обоснованный ответ в течение 10 календарных дней с момента получения указанного заявления.
8.4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
8.5. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Пациентом самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.
8.6. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.
8.7. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением личной подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и факсимильной подписи.
8.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги, такие медицинские услуги оказываются без ранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8.9. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставить Исполнителю наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, перечисленную в п.п. 2.3.2 настоящего договора. Пациент согласен, что исполнитель не будет нести ответственность за omission и нежелательные последствия для здоровья пациента, наступившие в результате предоставления исполнителю неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья.
8.10. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего договора. Сроки проведения обследований, курсов лечения согласуются с пациентом и указываются в назначениях врача в медицинской карте Пациента.

9. Адреса и подписи сторон

Пациент:
ФИО: Тошматова М.

Исполнитель:

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высокотехнологичных медицинских технологий"
Россия, 198205, г. Санкт-Петербург, Красносельский р-н, ул. Авангардная, д. 14, литер А
ИНН 7807021756
КПП 780701001
Тел. (812) 217-01-01
e-mail: db1@zdrav.spb.ru
http://www.dgb.spb.ru/
ОГРН 104780000007200

Заказчик
Адрес регистрации

Тошматова С.

От Исполнителя по Доверенности

/Калинина Ольга Николаевна

Акт №17488 от 06.04.2025
о приеме выполненных работ
(оказанных услуг)

Исполнитель: Комитет по Здравоохранению Санкт-Петербурга
СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий»

Получатель услуг: Тошматова М. [REDACTED]

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный		1	1900.00	1900.00
Предоплата по документам:					-
Итого:					1900.00
Без налога (НДС)					0.00
Всего (с учетом НДС)					0.00

Всего оказано услуг: 1900.00 (Одна тысяча девятьсот рублей 00 копеек)
на сумму:

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

Исполнитель: / Калинина О. Н. /

Заказчик: Тошматова С. [REDACTED]



СПб ГБУЗ "Детский городской многопрофильный
клинический специализированный центр высоких
медицинских технологий"

КАССОВЫЙ ЧЕК

ПРИХОД
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
(комплексное)
02 1.000 * 2000.00 =2000.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Экспресс Исследование уровня С-реактивного белка
в сыворотке крови (количественное определение)
02 1.000 * 330.00 =330.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Экспресс Общий (клинический) анализ крови на при-
боре "Mindray BC-6200", лаборатория ОСП
02 1.000 * 410.00 =410.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Взятие крови из пальца
02 1.000 * 150.00 =150.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Общий (клинический) анализ мочи
02 1.000 * 330.00 =330.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Микробиологическое (культуральное) исследование
фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов
(Salmonella typhi) (дизентерии)
02 1.000 * 770.00 =770.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра перв-
ичный
02 1.000 * 1900.00 =1900.00
УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Пациент: 6134/A25
Платильщик: Тощматов С.Р.

ИТОГ =5890.00

Сумма без НДС =5890.00
БЕЗНАЛИЧНЫМИ =5890.00
ПОЛУЧЕНО =5890.00
СНО: ОСН
Пользователь: СПб ГБУЗ "Детский
и городской многопрофильный клинический специали-
зированный центр высоких медицинских технологий"
Адрес: 198205, г. СПб., Авангардная ул., д.14, лит. А
Место расчетов: 198205, г. СПб., Авангардная ул., д.14, лит. А
Кассир: Свиридова Т. В.
СВЯТ ФНС: na108.80v.ru
ИН ККТ: 001063039801154
Смена К: 00181
Чек К: 00032
Дата Время: 07.04.25 09:42
ОФД: Платформа ОФД
ИНН: 7807021756
РН ККТ: 0001637391029875
ФН К: 7281440701404801
ФД К: 0000001503
ФП: 0254670956



СПАСИБО
ЗА ВИЗИТ!

СПб ГБУЗ "Детский городской
центр специализации технологий"
Санкт-Петербург
Авангардная ул. 14

ЧЕК 0148
ЧЕК КЛИЕНТА
О П Л А Т А П О К У П К И
06.04.25 21.20.33
ТЕРМИНАЛ: P4500218
КАРТА: MIR
MIR2

**** * 8725
ATB A0000904581010
Идентификатор транзакции:
259406660286101773

СУММА 5'890.00 RUB

ОДОБРЕНО
КОД ОТКАЗА 001
КОД ПОДТВЕРЖДЕНИЯ: 688402

ОПЕРАЦИЯ ПОТВЕРЖДЕНА
ПИН-КОДОМ
TVR 8080040000
RKN 509688101773

Уведомление

Несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима и лечения, могут снизить качество медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Подпись законного представителя пациента (родственника)



Перечень платных услуг №1503

обследования и лечения пациента в стационарном отделении

СПБ ГБУЗ "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий"

г. Санкт-Петербург

Дата: 07.04.2025

Тошматова М.

(фамилия, имя, отчество)

(срок/число пребывания)

№ п/п	Предоставляемые услуги	Цена 1 усл.	Кол-во	Сумма, руб.	Ответственные		
					Отделение	Исполнитель 1	Исполнитель 2
1	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	2000,00	1	2000,00	Условный врач УЗИ	Условный врач УЗИ	
2	Экспресс Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (количественное определение)	330,00	1	330,00	Лаборатория	Лаборатория реанимации	
3	Экспресс Общий (клинический) анализ крови на приборе «Mindray BC-6200», лаборатория ОСМП	410,00	1	410,00	Экспресс-лаборатория Приемного отделения	Экспресс-лаборатория	
4	Взятие крови из пальца	150,00	1	150,00	Экспресс-лаборатория Приемного отделения	Экспресс-лаборатория	
5	Общий (клинический) анализ мочи	330,00	1	330,00	Лаборатория	КДЛ	
6	Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий на возбудители брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi) (дис-зентерии и на тифо-паратифозную группу +ЭПКП, посев на дис-группу для детей младше 2-х лет, и от матерей по уходу за ребенком)	770,00	1	770,00	Лаборатория	Бак.лаб.	
7	Прием (осмотр, консультация) врач-педиатра первичный	1900,00	1	1900,00	Условный педиатр приемного отделения I	Условный педиатр приемного отделения	
Предоплата по документам:							

Итого обследование и лечение на сумму 5890,00 руб.

сумма в цифрах (от 0 до 9999)

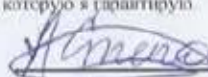
Принял кассир

Савридова Т. В.

(ФИО кассира)

Я, Тошматова С. законный представитель пациента Тошматова М. прощу оказать медицинскую помощь в условиях СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» за наличный расчет по моему личному желанию. Объем медицинских действий, необходимый моему ребенку мне известен. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Я понимаю, что в ходе обследования или лечения может возникнуть необходимость выполнения других диагностических или лечебных манипуляций, которые потребуют дополнительной оплаты, которую я гарантирую.

Подпись законного представителя пациента (родственника)



ДОГОВОР № 6494/КЧ2025

на оказание платных медицинских услуг

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий", действующее на основании лицензии ЛО-78-01-011044 от 12.08.2020г., выданной Санкт-Петербургским Комитетом по здравоохранению ОГРН: 1027804606851 от 18.08.1995, регистрирующий орган: Рег.палата Администрации г.Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Гостимского А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин Тошматова С. [именуемый в дальнейшем «Заказчик»], именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель с учетом положений настоящего договора обязуется оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги, указанные в Дополнительном соглашении к договору, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги.
- 1.2. В случае, если Заказчик и Пациент совпадают в одном лице, то во тексте настоящего Договора термины "Пациент" и "Заказчик" являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.
- 1.3. Услуги считаются оказанными после подписания акта сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт). В случае не подписания Акта Пациентом в течение 10 дней с момента оказания Исполнителем услуг и отсутствия письменного отказа Пациента от подписания Акта, Акт считается подписанным и Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.
- 1.4. Пациент, получив от Исполнителя в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает добровольное согласие на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство в письменной форме. Подписание настоящего договора Пациентом свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление медицинских услуг.
- 1.5. Подписывая настоящий договор, Пациент проинформирован:
 - что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на аналогичную бесплатную медицинскую помощь (услуги) согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, если такая медицинская помощь предусмотрена программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - что при определении размера налоговой базы Пациент имеет право на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинским учреждением Российской Федерации.
- 1.6. Заключая настоящий договор, Пациент соглашается, что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Пациентом получена в полном объеме.
- 1.7. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по следующему адресу: г. Санкт-Петербург, Ул.Авангардная д.14 (Литер А), Ул.Зины Портновой д.40.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Пациенту медицинские услуги в порядке и сроках в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.
- 2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
- 2.1.3. Использовать методы, оборудование, лекарственные средства и расходные материалы, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности, а также соблюдать порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.4. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях. Информировать Пациента 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 Пациента. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.
- 2.1.5. Незамедлительно поставить в известность Пациента о выявлении у него противопоказаний к предоставлению медицинской услуги.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.
- 2.2.2. Требовать от Пациента соблюдения правил внутреннего распорядка медицинской организации.
- 2.2.3. В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут осуществлять прием следующих граждан. При этом прием Пациента будет произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя.
- 2.2.4. Определить длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделение другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.
- 2.2.5. Расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка медицинской организации.

2.3. Пациент обязуется:

- 2.3.1. Оплатить Исполнителю предоставленные услуги в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором.
- 2.3.2. Предоставлять Исполнителю необходимые для оказания услуг сведения о состоянии своего здоровья и обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых услуг, в том числе о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах, с непереносимости лекарственных препаратов и иные сведения, запрошенные Исполнителем, необходимые для полного и качественного оказания медицинских услуг.
- 2.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3.4. Ознакомиться с правилами поведения пациентов в медицинской организации, правилами внутреннего распорядка и режимом работы Исполнителя и соблюдать их.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. На выбор врача в медицинской организации.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

- 3.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Пациенту медицинских услуг по цене, указанной в Дополнительном соглашении к договору. Цена услуг устанавливается с учетом Преискуранта цен Исполнителя.
- 3.2. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу Исполнителя, а также перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 3.3. Если при оказании медицинских услуг по результатам обследования и лечения потребуются предоставление на взаимной основе дополнительных услуг Пациенту, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и оказать ему такие услуги только с согласия Пациента. Такие услуги оказываются Пациенту либо на основании отдельного заключенного Договора, либо Дополнительного соглашения к настоящему Договору.
- 3.4. После оплаты Пациенту выдается контрольно-кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату оказанных ему медицинских или иных услуг.
- 3.5. По требованию Пациента, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинских услуг

- 4.1. Врач информирует Пациента о его правах и обязанностях, состоянии его здоровья и диагнозе. Врач предоставляет Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 4.2. Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией лично подписывает Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания Медицинских услуг по Договору и являющейся частью индивидуальной Медицинской карты Пациента.
- 4.3. В случае отказа Пациента от подписания формы Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих Медицинских услуг.
- 4.4. Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо.

димо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме Врачом разъясняются возможные последствия такого отказа.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего договора.
6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7. Ответственность сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за нарушение прав Пациента в сфере охраны здоровья, применение вреда жизни и (или) здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, а также за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
7.2. Пациент вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных ему неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда его жизни и (или) здоровью.
7.3. Пациент имеет право при обнаружении недостатков оказанной ему платной медицинской услуги, других отступлений от условий настоящего договора требовать от Исполнителя по своему выбору: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок, назначенный Исполнителем; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного повторного оказания услуги; возмещения понесенных Пациентом расходов на устранение недостатков оказанной услуги своими средствами или с привлечением третьих лиц; расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.
Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета настоящего договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.
7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по причине нарушения Пациентом своих обязанностей.
7.5. В случае нарушения установленных настоящим договором сроков оказания услуг Пациенту выплачивается неустойка в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Стороны пришли к соглашению, что указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости оказанных медицинских услуг и (или) предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты.

8. Прочие условия

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и оплаты Пациентом медицинских услуг и действует до прекращения его действия в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
8.3. При возникновении разногласий сторон по качеству оказанных услуг Пациент имеет право в досудебном порядке обратиться к Исполнителю с письменным заявлением с обоснованием заявленных требований. Исполнитель обязуется рассмотреть письменное заявление Пациента и представить письменный обоснованный ответ в течение 10 календарных дней с момента получения указанного заявления.
8.4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
8.5. Сумма расходов на материалы и лекарственных препаратов, приобретенных Пациентом самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.
8.6. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.
8.7. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением личной подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и факсимильной подписи.
8.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8.9. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставлять Исполнителю наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, перечисленную в п.п. 2.3.2 настоящего договора. Пациент согласен, что исполнитель не будет нести ответственность за omission и неблагоприятные последствия для здоровья пациента, наступившие в результате предоставления исполнителем неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья.
8.10. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего договора. Сроки проведения обследований, курсов лечения согласуются с пациентом и указываются в назначениях врача в медицинской карте Пациента.

9. Адреса и подписи сторон

Пациент:

ФИО: Тошматова М.

Исполнитель:

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высокотехнологичных медицинских технологий"
Россия, 198205, г. Санкт-Петербург, Красносельский р-н, ул. Авангардная, д. 14, литер А

ИНН 7807021756

КПП 780701001

Тел. 804257501-01

Факс 804257501-01

Сайт: www.gpb-spb.ru

Тел. 03244441000/007200

К/С

Б/ИЛ 014033120

От Исполнителя по Доверенности

/Свиридова Татьяна Валентиновна

Заказчик

/Тошматова С.

Адрес регистрации

Акт №1503 от 07.04.2025
о приеме выполненных работ
(оказанных услуг)

Исполнитель: Комитет по Здравоохранению Санкт-Петербурга
СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий»
Получатель услуг: Тошматова М. [REDACTED]

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)		1	2000.00	2000.00
2	Экспресс Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (количественное определение)		1	330.00	330.00
3	Экспресс Общий (клинический) анализ крови на приборе «Mindray BC-6200», лаборатория ОСМП		1	410.00	410.00
4	Взятие крови из пальца		1	150.00	150.00
5	Общий (клинический) анализ мочи		1	330.00	330.00
6	Микробиологическое (культуральное) исследование фекалий на возбудителя брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi) (дизентерии и на тифо-паратифозную группу +ЭПКП, посев на диз.группу для детей младше 2-х лет, и от матерей по уходу за ребенком)		1	770.00	770.00
7	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный		1	1900.00	1900.00
Предоплата по документам:					-
Итого:					5890.00
Без налога (НДС)					0.00
Всего (с учетом НДС)					0.00

Всего оказано услуг: 5890.00 (Пять тысяч восемьсот девяносто рублей 00 копеек)
на сумму:

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

Исполнитель: / Санридова Т. В. /

Заказчик: Тошматова С. [REDACTED]

СПБ ГБУЗ "ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ"
Санкт-Петербург
Авангардная ул. 14

ЧЕК
ЧЕК КЛИЕНТА
ОПЛАТА ПОКУПКИ
07.04.25 15:47:57
ТЕРМИНАЛ: P4580217
КАРТА MIR MIR2

**** * 3972
ATD 80000006581010
Идентификатор транзакции: 250407480835883932

СУММА 2'800.00 RUB

ОДОБРЕНО
КОД ОТВЕТА 001
КОД ПОДТВЕРЖДЕНИЯ: 777836

ОПЕРАЦИЯ ПОДТВЕРЖЕНА
ПИН-КОДОМ

TVR 8003048000
RRN 509735883932

СПБ ГБУЗ "ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИ-
НИЧЕСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ"

КАССОВЫЙ ЧЕК

ПРИХОД
Ежедневный осмтр. врачом-педиатром с наблюдением
02 1.000 * 2800.00 = 2800.00

УСЛУГА
ПОЛНЫЙ РАСЧЕТ
Пациент: 6134/A25
Платательщик: Тохматов С.Р.

ИТОГ =2800.00

Сумма без НДС =2800.00
БЕЗНАЛИЧНЫМИ =2800.00
ПОЛУЧЕНО ОЧН

СНО: СПБ ГБУЗ "Детский
Пользователь: и городской многопрофильный клинический специали-
зированный центр высоких медицинских технологий"

Адрес: 198205, г. СПб., Авангардная ул., д. 14, лит. А
Место расчетов: Касса 1
Кассир: Ахбичева Е. М.
Сайт ФНС: nato2.8ov.ru
43Н ККТ: 001063039832214
Смена N: 00383
Чек N: 00061
Дата Время: 07.04.25 15:49
ИНН: 7807021756
РН ККТ: 0001637294028240
ФН N: 7390440700037463
ФП: 0000017551
2596066286



СПАСИБО
ЗА ВИЗИТ!

Уведомление

Несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима и лечения, могут снизить качество медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Подпись законного представителя пациента (родственника)

Перечень платных услуг №17551

обследования и лечения пациента в стационарном отделении

СПБ ГБУЗ "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий"

г. Санкт-Петербург

Дата: 07.04.2025

Тошматюда М. [redacted]

(фамилия, имя, отчество)

(текст [redacted])

№ п/п	Предоставляемые услуги	Цена 1 усл.	Кол-во	Сумма	Ответственные		
					Отделение	Исполнитель 1	Исполнитель 2
1	Ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с пребыванием в 4-х местной палате и более.	2800.00	1	2800.00	Терапевтическое отделение	Отделение скорой медицинской помощи	
Предоплата по документам:							-

Итого обследование и лечение на сумму 2800.00 руб.

сумма цифрами (в рублях)

Получил кассир

Дубинина Е. М.

(ФИО кассира)

Тошматова С. [redacted] законный представитель пациента Тошматюда М. [redacted]

прошу оказать медицинскую помощь в условиях СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» за наличный расчет по моему личному желанию. Объем медицинских действий, необходимый моему ребенку мне известен. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Я понимаю, что в ходе обследования или лечения может возникнуть необходимость выполнения других диагностических или лечебных манипуляций, которые потребуют дополнительной оплаты, которую я гарантирую.

Подпись законного представителя пациента (родственника)

ДОГОВОР № 6585/КЧ2025
на оказание платных медицинских услуг

г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий", действующее на основании лицензии ЛО-78-01-011944 от 12.08.2020г., выданной Санкт-Петербургским Комитетом по здравоохранению, ОГРН:1027804606951 от 16.06.1995, регистрирующий орган: Рег.палата Администрации г.Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Гостинского А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин Тошматова С. [] именуемый в дальнейшем «Заказчик», имеющий намерение получить платные медицинские услуги в отношении несовершеннолетнего гражданина Тошматова М. [] именуемого в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания медицинских услуг (далее — «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель с учетом положений настоящего договора обязуется оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги, указанные в Дополнительном соглашении к договору, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги.

1.2. В случае, если Заказчик и Пациент совпадают в одном лице, то по тексту настоящего Договора термины "Пациент" и "Заказчик" являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

1.3. Услуги считаются оказанными после подписания акта сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт). В случае не подписания Акта Пациентом в течение 10 дней с момента оказания Исполнителем услуг и отсутствия письменного отказа Пациента от подписания Акта, Акт считается подписанным и Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

1.4. Пациент, получив от Исполнителя в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает добровольное согласие на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство в письменной форме. Подписание настоящего договора Пациентом свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление медицинских услуг.

1.5. Подписывая настоящий договор, Пациент проинформирован:

- что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на аналогичную бесплатную медицинскую помощь (услуги) согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, если такая медицинская помощь предусмотрена программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- что при определении размера налоговой базы Пациент имеет право на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинским учреждением Российской Федерации

1.6. Заключая настоящий договор, Пациент соглашается, что вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах Пациентом получена в полном объеме.

1.7. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по следующему адресу: г.Санкт-Петербург, Ул.Авангардная д.14 (Литер А), Ул.Зины Портновой д.40.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в порядке и сроках в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.
- 2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
- 2.1.3. Использовать методы, оборудование, лекарственные средства и расходные материалы, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности, а также соблюдать порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.4. Предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратов и медицинских изделиях. Информировать Пациента 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 Пациента. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.
- 2.1.5. Незамедлительно поставить в известность Пациента о выявлении у него противопоказаний к предоставлению медицинской услуги.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.
- 2.2.2. Требовать от Пациента соблюдения правил внутреннего распорядка медицинской организации.
- 2.2.3. В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут осуществлять прием следующих граждан. При этом прием Пациента будет произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя.
- 2.2.4. Переопределять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделение другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.
- 2.2.5. Расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка медицинской организации.

2.3. Пациент обязуется:

- 2.3.1. Оплатить Исполнителю предоставленные услуги в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором.
- 2.3.2. Предоставлять Исполнителю необходимые для оказания услуг сведения о состоянии своего здоровья и обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых услуг, в том числе о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах, о непереносимости лекарственных препаратов и иные сведения, необходимые Исполнителю, необходимые для полного и качественного оказания медицинских услуг.
- 2.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3.4. Ознакомится с правилами поведения пациентов в медицинской организации, правилами внутреннего распорядка и режимом работы Исполнителя и соблюдать их.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. На выбор врача и медицинской организации.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

- 3.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Пациенту медицинских услуг по цене, указанной в Дополнительном соглашении к договору. Цена услуг устанавливается по смете Прейскуранта цен Исполнителя.
- 3.2. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами либо использованием банковской карты через кассу Исполнителя, а также перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 3.3. Если при оказании медицинских услуг по результатам обследования и лечения потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных услуг Пациенту, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и оказать ему такие услуги только с согласия Пациента. Такие услуги оказываются Пациенту либо на основании отдельно заключенного Договора, либо Дополнительного соглашения к настоящему Договору.
- 3.4. После оплаты Пациенту выдается контрольно-кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату оказанных ему медицинских или иных услуг.
- 3.5. По требованию Пациента, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинских услуг

- 4.1. Врач информирует Пациента о его правах и обязанностях, состоянии его здоровья и диагнозе. Врач предоставляет Пациенту в доступной форме полную информацию о методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 4.2. Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией лично подписывает Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания Медицинских услуг по Договору и неотъемлемой частью индивидуальной Медицинской карты Пациента.
- 4.3. В случае отказа Пациента от подписания формы Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих Медицинских услуг.
- 4.4. Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необхо-

димо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме Врачом разъясняются возможные последствия такого отказа.

6. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7. Ответственность сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за нарушение прав Пациента в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, а также за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

7.2. Пациент вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных ему неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещением ущерба в случае причинения вреда его жизни и (или) здоровью.

7.3. Пациент имеет право при обнаружении недостатков оказанной ему платной медицинской услуги, других отступлений от условий настоящего договора требовать от Исполнителя по своему выбору: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок, назначенный Исполнителем; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного повторного оказания услуги; возмещения понесенных Пациентом расходов на устранение недостатков оказанной услуги одним из средств или с привлечением третьих лиц; расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.

Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета настоящего договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по причине нарушения Пациентом своих обязанностей.

7.5. В случае нарушения установленных настоящим договором сроков оказания услуг Пациенту выплачивается неустойка в порядке и размера, определяемых Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Стороны пришли к соглашению, что указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости оказанных медицинских услуг и (или) предоставления Пациенту дополнительных услуг без оплаты.

8. Прочие условия

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и оплаты Пациентом медицинских услуг и действует до прекращения его действия в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.3. При возникновении разногласий сторон по качеству оказанных услуг Пациент имеет право в досудебном порядке обратиться к Исполнителю с письменным заявлением с обоснованием заявленных требований. Исполнитель обязуется рассмотреть письменное заявление Пациента и представить письменный обоснованный ответ в течение 10 календарных дней с момента получения указанного заявления.

8.4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.5. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Пациентом самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.

8.6. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

8.7. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением личной подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписью либо иного аналога собственноручной подписи и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и факсимильной подписи.

8.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8.9. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставить Исполнителю наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья перечисленную в п.п. 2.3.2 настоящего договора. Пациент согласен, что исполнитель не будет нести ответственности за осложнения и неблагоприятные последствия для здоровья пациента, наступившие в результате предоставления исполнителем неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья.

8.10. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего договора. Сроки проведения обследований, курсов лечения согласуются с пациентом и указываются в назначениях врача в медицинской карте Пациента.

9. Адреса и подписи сторон

Пациент:

ФИО: Ташматова Мухаммад Абрам 06.09.2024 г. р.
Иностранный паспорт № 405829261 Выдан ХШБ РЕКД дар Хатлон Дата выдачи: 21.01.2025
Адрес регистрации: Таджикистан, Хатлонский р-он, Курган г., д.49
Фактический адрес: Россия, 198323, г Санкт-Петербург, Красносельский р-н, тер Горелово, ул Авиационная, д.40, литер А
Телефон: 8 985 025 50 31
E-mail:

Исполнитель:

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высокотехнологичных медицинских технологий"
Россия, 198205, г Санкт-Петербург, Красносельский р-н, ул Авангардная, д.14 литер А
ИНН 7807021756
КПП 780701001
Тел. (812) 217-01-01
e-mail: dgb@dgbrav.spb.ru
http://www.dgb.spb.ru/
T/C 0322464340000007200
ЮС
БИК 014030105

От Исполнителя по Доверенности

/Дубинина Елена Михайловна

Заказчик

Ташматова С

Адрес регистрации

Акт №17551 от 07.04.2025
о приемке выполненных работ
(оказанных услуг)

Исполнитель: Комитет по Здравоохранению Санкт-Петербурга
СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий»

Получатель услуг: Тошматова М. [REDACTED]

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1	Ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара с пребыванием в 4-х местной палате и более.		1	2800.00	2800.00
Предоплата по документам:					-
Итого:					2800.00
Без налога (НДС)					0.00
Всего (с учетом НДС)					0.00

Всего оказано услуг: 2800.00 (Две тысячи восемьсот рублей 00 копеек)
на сумму:

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

Исполнитель: [REDACTED] / Дубинина Е. М. /

Заказчик: Тошматова С. [REDACTED]

Акт
от 07.04.2025
г. Санкт-Петербург

[REDACTED]

21.03.2025

Поступ. в банк плат.

21.03.2025

Списано со сч. плат.

0401060

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3472

21.03.2025

Дата

электронно

Вид платежа

Сумма прописью Пятьдесят тысяч рублей 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	50000-00
БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"		Сч. №	40703810938050001321
Платательщик		БИК	044525225
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225
Банк Плательщика		БИК	044030707
ФИЛИАЛ № 7906 БАНКА ВТБ (ПАО)		Сч. №	30101810240300000707
Банк Получателя			
ИНН	КПП		
Геворкян М			
		Наз. пл.	2
		Код	
Получатель			

Перевод денежных средств под отчет Геворкян Марина Григорьевна. НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕН

21.03.2025

08.04.2025

Поступ. в банк плат.

08.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

08.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3640

Сумма
прописью

Пятьсот шестьдесят два рубля 10 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	562-10		
БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"		Сч. №	40703810938050001321		
Платательщик		БИК	044525225		
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225		
Банк Плательщика		БИК	044030707		
ФИЛИАЛ № 7906 БАНКА ВТБ (ПАО)		Сч. №	30101810240300000707		
Банк Получателя					
ИНН					
Геворкян М.					
Получатель	Вид оп.	01	Срок плат.		
	Наз. пл.	2	Очер. плат.	5	
	Код		Рез. поле		

Перевод денежных средств под отчет Геворкян Марина Григорьевна. НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

08.04.2025

09.04.2025

Поступ. в банк плат.

09.04.2025

Списано со сч. плат.

0401060

09.04.2025

Дата

электронно

Вид платежа

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 3647

Сумма
прописью Десять тысяч рублей 00 копеек

ИНН 7718002430	КПП 770101001	Сумма	10000-00
БФ "БЭЛА. Дети-бабочки"		Сч. №	40703810938050001321
Платательщик		БИК	044525225
ПАО Сбербанк		Сч. №	30101810400000000225
Банк Плательщика		БИК	044030707
ФИЛИАЛ № 7906 БАНКА ВТБ (ПАО)		Сч. №	30101810240300000707
Банк Получателя			
ИНН	КПП		
Геворкян М			
		Срок плат.	
	Наз. пл.	2	Очер. плат.
	Код		5
Получатель		Рез. поле	

Перевод денежных средств под отчет Геворкян Марина Григорьевна. НДС не облагается.

Назначение платежа

Подписи

Отметки Банка

М.П.

КУРАТОВА АЛЁНА АЛЕКСАНДРОВНА

ПАО Сбербанк России

БИК 044525225

ПРОВЕДЕНО

09.04.2025