

ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА

на заключение агентского договора по организации предоставления услуг
в сфере обязательного медицинского страхования в муниципальном автономном
учреждении «Многофункциональный центр предоставления государственных и му-
ниципальных услуг» Белокалитвинского района
(МАУ МФЦ Белокалитвинского района)

г. Белая Калитва

«20» июля 2026г.

1. Настоящая Публичная оферта (далее – оферта) в соответствии со статьей 437 Гражданского Кодекса Российской Федерации является официальным и публичным предложением **муниципального автономного учреждения «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района (МАУ МФЦ Белокалитвинского района)** (далее – МФЦ, Агент), адресованным неопределенному кругу лиц (организациям), в лице директора Мищенко Николая Николаевича, действующего на основании Устава, о заключении в порядке главы 52 Гражданского Кодекса Российской Федерации агентского договора на условиях, изложенных в Публичной оферте и приложениях к ней, по оказанию сопутствующих услуг заявителям (предмет Агентского договора) - прием документов от заявителей на выдачу полисов обязательного медицинского страхования.

2. Оказание вышеуказанной услуги муниципальным автономным учреждением «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района организуется в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 12.01.1996 №7-ФЗ «О некоммерческих организациях», Федеральным законом от 03.11.2006 №174-ФЗ «Об автономных учреждениях», Федеральным законом от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Правилами организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 № 1376.

3. Акцептовать оферту или отозваться на нее по форме Приложения № 3 к настоящей оферте, вправе организации (юридические лица), осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, имеющая Лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке и соответствующие следующим условиям:

- требованиям законодательства, предъявляемым к Принциалу в соответствии с, видом работ -возможности получения услуг по выдаче полисов обязательного медицинского страхования;
- обеспечения ведения базы данных, электронного документооборота, формирования отчетности и безопасного хранения персональных данных в соответствии с требованиями законодательства;
- гарантии выполнения полного перечня видов работ (услуг), указанных в Агентском договоре и в Приложении № 1 к настоящей оферте. Выборочное выполнение видов работ (услуг) не допускается.

Акцепт настоящей оферты осуществляется путем направления организацией по ЭДО, или почтовым отправлением заказным письмом с уведомлением о вручении на почтовый адрес МФЦ: 347045, Ростовская область, г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, д. 3 следующего комплекта документов:

- подписанного, скрепленного печатью ответа о полном и безоговорочном согласии с условиями, изложенными в настоящей оферте, на фирменном бланке организации, соответствующая форме Приложения № 3 к настоящей оферте);
- Агентский договор, по форме Приложения № 4 к настоящей оферте) с заполненными реквизитами, подписанный, скрепленный печатью,
- копия Устава организации, акцептующей оферту, заверенная организацией;
- копия свидетельства о государственной регистрации, заверенная организацией;
- копия свидетельства о постановке на учет по месту нахождения организации, заверенного организацией;
- копия лицензии на право осуществления деятельности по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, заверенная организацией;
- копия решения об избрании лица, имеющего право действовать от имени организации без доверенности, заверенная организацией;
- выписка из ЕГРЮЛ, полученная не позднее 5 дней до момента акцепта оферты (оригинал

или распечатанная с официального ресурса Федеральной налоговой службы в сети Интернет, заверенная подписью единоличного исполнительного органа и печатью организации).

Заключение Агентского договора в электронном виде или на бумажном носителе (подписание сторонами и скрепление печатями) является обязательным условием акцепта настоящей оферты.

Все существенные условия описаны в проекте Агентского договора, являющегося приложением к настоящей оферте.

Организации, акцептующие настоящую оферту, несоответствующие указанным в оферте требованиям, признаются несоответствующими условиям оферты, Агентский договор считается незаключенным и не порождает каких-либо взаимных прав и обязанностей.

4. Обязательными условиями настоящей оферты и Агентского договора являются:

- Наличие обязательства, одной стороны – Агента, за вознаграждение совершать по поручению другой стороны – Принципала, действия по предмету Агентского договора от имени и за счет Принципала. По сделке, совершенной Агентом с третьим лицом от имени и за счет Принципала, права и обязанности возникают непосредственно у Принципала. Агентский договор заключается на определенный или неопределенный срок действия (ст. 1005 ГК РФ);

- Условие оплаты по Агентскому договору, то есть вознаграждения за оказание услуг, определяются Приложением № 1 к настоящей оферте. Срок выплаты агентского вознаграждения производится в срок до 10 числа месяца следующего за расчетным, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Принципала. По соглашению сторон могут вноситься изменения в условия оплаты по Агентскому договору;

- Установление обязательств по неразглашению конфиденциальной информации и персональных данных (ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»);

- Исполнение работ и услуг в соответствии с Агентским договором.

5. Оферта вступает в силу со дня, следующего за днем размещения её на официальном информационном сайте МФЦ в сети Интернет - <https://bk.mfc61.ru>.

6. Условия, установленные в настоящей оферте, являются обязательными для заинтересованных лиц и должны быть определены в Агентском договоре и приложениях к нему.

Условия Агентского договора, не являющиеся существенными, могут предварительно рассматриваться и обсуждаться сторонами.

7. Места оказания услуги по настоящей оферте и Агентскому договору муниципальным автономным учреждением «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района указаны в Приложение № 2 к настоящей оферте и в Приложении № 11 к Агентскому договору.

9. Реквизиты муниципального автономного учреждения «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района, сокращенное наименование - МАУ МФЦ Белокалитвинского района:

ИНН 6142023276

КПП 614201001

р/сч (КС): 03234643606060003201

УФК по Ростовской области (МАУ МФЦ БЕЛОКАЛИТВИНСКОГО РАЙОНА л/с 903X5506001)

кор/сч (ЕКС): 40102810745370000024

в ОКЦ N 1 ВВГУ Банка России/УФК по Нижегородской области

г. Нижний Новгород

БИК: 016015102

ОКПО: 68744516

ОГРН 1106192000595

Тел (86383) 2-01-78

E-mail: mfc_bk@donland.ru

Директор МАУ МФЦ
Белокалитвинского района



Н.Н. Мищенко

**Вознаграждение
за оказание услуги, указанной в публичной оферте,
к условиям оплаты по Агентскому договору.**

Вид	Минимальная величина агентского вознаграждения
Прием документов от заявителей на выдачу полисов обязательного медицинского страхования, в том числе:	
Прием и обработка заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявлений о включении в единый реестр застрахованных лиц	158
Прием и обработка заявлений о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС, а также при необходимости продления действия полиса иностранным гражданам, при сохранении у них прав на ОМС в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий	158
Прием и обработка запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС	158

**Перечень и адреса
структурных подразделений МАУ МФЦ Белокалитвинского района,
в которых организуется предоставление услуг, предусмотренных агентским договором**

№ п/п	Наименование	Адрес	График работы
1.	МФЦ в г. Белая Калитва	г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, 3	Пн. — Ср.: 08.00 — 17.00 Четверг: 08.00 — 19.00 Пт. — Сб.: 08.00 — 16.00 Воскресенье — выходной
2	МФЦ в п. Горняцкий	Белокалитвинский р-н, п. Горняцкий, ул. Центральная, д.8	н. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
3	МФЦ в п. Шолоховский	Белокалитвинский р-н, п. Шолоховский, ул. Комсомольская, д.21	Пн. — Чт.: 08.00 — 17.00 Пятница: 08.00 — 16.00 Сб. — Вс. — выходной
4	МФЦ в п. Коксовый	Белокалитвинский р-н, п. Коксовый, ул. Горноспасательная, д.6	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
5	МФЦ в п. Синегорский	Белокалитвинский р-н, п. Синегорский, ул. Маяковского, д.6	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
6	МФЦ в с. Литвиновка	Белокалитвинский р-н, с. Литвиновка, ул. Садовая, д. 2	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Перерыв: 12.00 — 12.48 Пятница: 08.00 — 15.30 Перерыв: 12.00 — 12.48 Сб. — Вс. — выходной
7	МФЦ в ст-це Краснодонская	Белокалитвинский р-н, ст-ца Краснодонская, ул. Центральная, д.10	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
8	МФЦ в х. Богураев	Белокалитвинский р-н, х. Богураев, ул. Центральная, д.66	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
9	МФЦ в х. Грушевка	Белокалитвинский р-н, х. Грушевка, ул. Центральная, д.19 "А"	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
10	МФЦ в х. Ильинка	Белокалитвинский р-н, х. Ильинка, ул. Центральная, д. 5	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
11	МФЦ в х. Ленина	Белокалитвинский р-н, х. Ленина, ул. Ленина, д. 79	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
12	МФЦ в х. Нижнепопов	Белокалитвинский р-н, х. Нижнепопов, ул. Первая, д. 29	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной

МАУ МФЦ Белокалитвинского района

347045, Ростовская область,
г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, д. 3
E-mail: mfc_bk@donland.ru
Тел (86383) 2-01-78

ОТВЕТ
о полном и безоговорочном согласии с условиями оферты

(наименование МФЦ)
ЮЛ « _____ »
(наименование организации)

1. Сведения об организации

Полное наименование организации (на основании учредительных документов): _____

1.3. Сокращенное наименование организации (на основании учредительных документов.): « _____ ».

1.4. Место нахождения организации и ее юридический адрес.

Место регистрации (юридический адрес): _____

Почтовый адрес: _____

1.5. Контактные телефоны: 8 (____) _____

1.6. Контактные (доверенные) лица: _____

1.6.Адрес электронной почты (при наличии): _____

2. Юридическое лицо _____
(наименование организации)

в лице _____
(должность руководителя, Ф.И.О.)

изучив публичную оферту об оказании услуг по приему документов от заявителей на выдачу полисов обязательного медицинского страхования настоящим ответом подтверждает полное и безоговорочное согласие с условиями публичной оферты, опубликованной на официальном информационном сайте МФЦ в сети Интернет - <https://bk.mfc61.ru> и готовность к заключению Агентского договора по приему документов от заявителей на выдачу полисов обязательного медицинского страхования

Руководитель _____
(должность, подпись и расшифровка подписи)

М.П.

Дата: ____ . ____ . 2026 г.

АГЕНТСКИЙ ДОГОВОР № _____

г. _____

«___» _____ 2026 г.

Муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района (МАУ МФЦ Белокалитвинского района) именуемое в дальнейшем «Агент», в лице директора Мищенко Николая Николаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Принципал», лице _____, действующей(го) на основании _____ с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Агентский договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В целях соблюдения государственных гарантий и прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц (далее – ОМС) и в соответствии с настоящим Договором Агент обязуется совершать от имени и за счет Принципала действия, связанные с организацией предоставления на базе подразделений Агента услуг (далее – Услуги) по приему документов от заявителей на выдачу полисов обязательного медицинского страхования, в том числе:

- информирование и консультирование заявителей по вопросам предоставления Услуг;
- прием и обработка заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации (далее – СМО) и заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (далее – ЕРЗЛ);
- прием и обработка заявлений о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС, а также при необходимости продления действия полиса иностранным гражданам, при сохранении у них права на ОМС в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий;
- прием и обработка запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС;
- выдача (по запросу застрахованного лица или его представителя) полиса ОМС на бумажном носителе в форме выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, содержащей в том числе штриховой код (графическую информацию в кодированном виде);

1.2. Оформление заявлений о выборе (замене) СМО (Приложение № 1 к настоящему Договору), заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (Приложение № 2 к настоящему Договору), заявлений о переоформлении полиса ОМС (Приложение № 3 к настоящему Договору), запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС (Приложение № 4 к настоящему Договору) осуществляется Агентом при предъявлении Заявителем лично или через законного представителя или представителя по доверенности оформленной в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно Приложениям № 5.1, 5.2, к настоящему Договору, оригиналов документов или их заверенных копий, согласно Приложению № 6 к настоящему Договору.

1.3. Все действия, указанные в п. 1.1. настоящего Договора Стороны осуществляют с соблюдением требований: Федерального закона от 27.07.2010 №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.08.2025 № 496н» (далее – Правила ОМС), Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 №1376 «Об утверждении Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг», настоящего Договора и приложений к нему.

2. Обязанности Сторон

2.1. Термины и определения:

- полис ОМС представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах;

- Заявитель (застрахованное лицо) – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Специалист Агента – работник МФЦ, уполномоченный Агентом на предоставление Услуг в рамках Договора.

2.2. Обязанности Principala:

- 2.2.1. Предоставлять Агенту для реализации Услуг всю необходимую нормативную документацию, проводить необходимые разъяснения и оказывать методическую помощь в части организации ОМС, предоставлять информационные материалы для Заявителей.
- 2.2.2. Консультировать Агента по вопросам, касающимся оказания Услуг, по телефону: +7 (86383) 20-1-78 или посредством электронной почты: **mfc_bk@donland.ru**
- 2.2.3. Информировать Заявителя о факте страхования в СМО и возможности получения выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, содержащей в т.ч. штриховой код.
- 2.2.4. Оплачивать услуги Агента в размере, в порядке и на условиях, установленных разделом 3 настоящего Договора.
- 2.2.5. Обеспечить со своей Стороны наличие и бесперебойное функционирование защищенного файлообменного ресурса _____ .ru, для получения от Агента в электронном виде документов, содержащих персональные данные.

2.3. Обязанности Агента:

- 2.3.1. Обеспечить в течение действия настоящего Договора прием и обработку заявлений о выборе (замене) СМО, заявлений о включении в ЕРЗЛ, а также заявлений о переоформлении полиса ОМС, запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, выдачу выписок из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, соблюдая порядок, установленный действующим законодательством РФ.
- 2.3.2. Производить идентификацию заявителя, проверку оригинальности документов заявителя, соответствие документов заявителя перечню документов и требований, необходимых для оформления полиса ОМС в соответствии с Приложением № 6 к настоящему Договору.
- 2.3.3. Обеспечить Специалисту Агента прохождение обучения порядку оказания Услуг, изучение предоставленных Принципом нормативных документов.
- 2.3.4. Соблюдать конфиденциальность сведений о застрахованных лицах, в том числе о количестве застрахованных граждан, о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни застрахованных лиц, и иные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации по защите персональных данных.
- 2.3.5. Ежемесячно направлять на подписание и оплату Принципу Отчет об оказании услуг (Приложение № 7 к настоящему Договору) и Акт приема-сдачи услуг (Приложение № 8 к настоящему Договору) на последнее число отчетного месяца не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, по ЭДО (СБИС) или курьером, связываться с уполномоченным лицом Принципа _____ (ФИО)

по телефону: 8 _____.

- 2.3.6. По возникающим вопросам, связанным с исполнением Услуг, связываться с уполномоченным лицом Принципа по телефону: 8 _____ или посредством электронной почты: _____.
- 2.3.7. При обращении Заявителя по вопросу выбора (замены) СМО и о включении в единый регистр застрахованных лиц, переоформления полиса ОМС, получения выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, а также получения ранее заказанного полиса ОМС:
 - выяснять повод обращения Заявителя, осуществлять проверку документов, необходимых для оказания Услуг;
 - направлять Принципу скан-образы документов Заявителей в электронном виде с использованием защищенного файлообменного ресурса _____ .ru;
 - консультировать Заявителя по возникшим вопросам, связанным с ОМС;
- 2.3.8. Специалист Агента при обращении Заявителя за консультацией обязан осуществлять:
 - консультирование по документам, необходимым для оформления полиса ОМС;
 - ознакомление с правами и обязанностями в системе ОМС.

2.4. Для реализации настоящего Договора Стороны совместно обязуются:

- 2.4.1. Содействовать друг другу в создании условий для повышения спроса на оказываемые услуги, улучшения качества обслуживания клиентов.
- 2.4.2. Предоставлять друг другу помощь, оказывать взаимные услуги на взаимовыгодной основе.
- 2.4.3. Обмениваться имеющейся в распоряжении сторон информацией, необходимой для исполнения обязательств по данному Договору, проводить совместные консультации.
- 2.4.4. Оказывать друг другу необходимую организационную, информационную и консультационную помощь.
- 2.4.5. Своевременно рассматривать представленные для согласования программы взаимодействия и иные документы в рамках настоящего Договора.

2.4.6. Обеспечивать защиту информации, под которой подразумеваются любые данные, представляемые каждой из Сторон друг другу в соответствии с настоящим Договором, ее конфиденциальность, соблюдение коммерческой тайны.

2.4.7. Использовать полученную по настоящему Договору информацию в строгом соответствии с его целями.

3. Стоимость работ и порядок оплаты

3.1. Расчет стоимости оказанных Агентом Услуг осуществляется Принципалом исходя из количества эффективных контактов, в соответствии с установленной настоящим Договором стоимостью одного эффективного контакта.

3.2. Эффективный контакт в настоящем Договоре определяется как факт обращения гражданина, подавшего лично или через представителя (законного или по доверенности) в адрес Принципала заявление о выборе (замене) СМО, заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявление о переоформлении полиса ОМС, запрос на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС и предоставившего контактный номер телефона застрахованного лица (или его представителя) и адреса электронной почты (при наличии).

3.3.1. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее незастрахованного на территории Ростовской области гражданина, обратившегося:

- с заявлением о выборе (замене) СМО и заявлением о включении в ЕРЗЛ,
- с заявлением о выборе (замене) СМО в связи со сменой места жительства,
- с заявлением о выборе (замене) СМО и заявлением о переоформлении полиса ОМС (для иностранных граждан),

составляет 158 (Сто пятьдесят восемь) рублей 00 копеек, без НДС.

3.3.2. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее застрахованного у Принципала лица:

- владельца полиса ОМС «старого» образца,
- обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС,

составляет 158 (Сто пятьдесят восемь) рублей 00 копеек, без НДС.

3.3.3. Стоимость оплаты Агенту за один эффективный контакт ранее застрахованного у Принципала лица, обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС,

составляет 158 (Сто пятьдесят восемь) рублей 00 копеек, без НДС.

Стоимость может быть изменена по соглашению Сторон и оформлена дополнительным соглашением к договору.

3.4. Размер оплаты выполненных работ рассчитывается на основании представленных и подписанных Сторонами Актов приема-сдачи услуг согласно Приложению № 8 к настоящему Договору.

3.5. Оплата выполненных работ производится в течение 5 (пяти) банковских дней после подписания Сторонами Отчетов об оказании услуг и Актов приема-сдачи услуг на основании выставленных счетов в безналичной форме путем перечисления соответствующих сумм на расчетный счет Агента.

3.6. В платежном поручении в назначении платежа в начале строки обязательно указание текста «Агентское вознаграждение по договору № _____ «__» _____ 2026г. за период _____».

4. Порядок обмена информацией

4.1. Для реализации своих прав и исполнения обязанностей по настоящему договору Стороны договорились установить следующие способы обмена информацией:

- защищенный файлообменный ресурс _____ .ru, доступ к которому осуществляется по предоставленному логину/паролю, подлежащему обновлению 1 (один) раз в 7 (семь) дней;
- передача документов силами Принципала по описи лично в руки.

5. Срок действия

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до «__» _____ 2027 года (включительно).

Настоящий договор может быть продлен по соглашению Сторон путем составления и подписания Сторонами Дополнительного соглашения к нему.

5.2. Расторжение настоящего Договора до истечения срока его действия возможно по соглашению Сторон, с письменным уведомлением другой Стороны не менее чем за 1 (один) месяц до предполагаемой даты расторжения.

5.3. Расторжение Договора не освобождает Стороны от исполнения взаимных обязательств и произведения расчетов по основаниям, возникшим из настоящего Договора и Приложений к нему.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменной форме и вступают в силу с момента подписания обеими Сторонами.

6. Антикоррупционная оговорка

6.1. При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств, подарков, ценностей и безвозмездного выполнения в их адрес работ (услуг), прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.

При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимыми для целей Договора законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

6.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п.6.1. настоящего Договора, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п.6.1. настоящего Договора контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками, выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

6.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в п.6.1. настоящего Договора действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор, в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

7. Ответственность Сторон

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение было вызвано наступлением обязательств непреодолимой силы.

8. Прочие условия

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

8.2. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по настоящему Договору, решаются путем переговоров.

8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.4. Настоящий договор подписан в электронном виде через систему электронного документооборота по ЭДО (СБИС). Стороны признают, что электронные подписи, поставленные в рамках данного договора, соответствуют требованиям Федерального закона №63-ФЗ «Об электронной подписи» и имеют равную юридическую силу с собственноручными подписями.

8.5. Стороны настоящего договора признают, что документы, подписанные с использованием электронной подписи (ЭП), обладают полной юридической силой и имеют такую же доказательную ценность, как и документы, подписанные собственноручной подписью, при условии соблюдения требований законодательства Российской Федерации об электронной подписи.

Стороны удостоверяют, что договор, оформленный с использованием электронной подписи через систему ЭДО, обладает равной юридической силой с бумажным договором, подписанным лично. Электронная подпись, реализованная в рамках нормативных требований российского законодательства, является надежным способом подтверждения личности подписанта и его согласия с положениями настоящего соглашения.

8.6. Следующие приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 – Форма Заявления о выборе (замене) СМО

Приложение № 2 – Форма Заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц

Приложение № 3 – Форма Заявления о переоформлении полиса ОМС
Приложение № 4 – Форма Запроса на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС
Приложение № 5.1,5.2 – Формы доверенностей
Приложение № 6 – Перечень документов, необходимых для оформления полиса ОМС
Приложение № 7 – Отчет об оказании услуг
Приложение № 8 – Акт приема-сдачи услуг
Приложение № 9 – Договор поручения на обработку персональных данных третьим лицом
Приложение № 10 – Соглашение о конфиденциальной информации
Приложение № 11- Перечень и адреса структурных подразделений МАУ МФЦ Белокалитвинского района, в которых организуется предоставление услуг, предусмотренных агентским договором

9. Реквизиты и подписи сторон

АГЕНТ

ПРИНЦИПАЛ

**Муниципальное автономное учреждение
«Многофункциональный центр предоставления
государственных и муниципальных услуг»
Белокалитвинского района**

Адрес: 347045, Ростовская область,
г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, 3
ИНН 6142023276
КПП 614201001
р/сч (КС): 03234643606060003201
УФК по Ростовской области
(МАУ МФЦ БЕЛОКАЛИТВИНСКОГО РАЙОНА
л/с 903X5506001)
кор/сч (ЕКС): 40102810745370000024
в ОКЦ N 1 ВВГУ Банка России//УФК
по Нижегородской области г. Нижний Новгород
БИК: 016015102
ОКПО: 68744516
Тел (86383) 2-01-78
E-mail: mfc_bk@donland.ru

Директор

_____/ Н.Н. Мищенко
М.П.

1.14 ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁷:

а) вид документа _____
 б) серия _____ в) номер _____
 г) кем и когда выдан _____

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
 (число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:
 № _____ дата подписания _____, с _____ по _____
 Наименование организации, город _____

1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
 а) серия _____ б) номер _____

1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: _____

1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____ с _____ по _____

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

1.21 Контактная информация:
 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
 1.21.2 Адрес электронной почты _____

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
☐ SMS-информирование; ☐ Почтовая рассылка;
☐ Электронная почта; ☐ Телефонный обзвон;
☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); ☐ Иные способы информирования (указать): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3 Отчество (при наличии) _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4* Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5* Дата рождения: _____
 (нужное отметить знаком «V») (число, месяц, год)

2.6* Гражданство: _____
 (название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком «V») ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Усыновитель
☐ Отец ☐ Попечитель

2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

2.9 Серия _____ Номер _____ 2.10 Дата выдачи _____
 Кем выдан _____

2.11* Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
 Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

2.12* Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

2.13* Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

2.14* Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁹:
 а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
 (республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____ е) улица _____
 ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
 к) дата регистрации по месту жительства _____
☐ лицо без определенного места жительства¹⁰ _____

2.15* Адрес места пребывания¹¹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):
 а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
 (республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____ е) улица _____
 ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

 (подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____ Дата: _____
 (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
 (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____
 (расшифровка подписи)

М.П.

☐ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

 (подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

 (расшифровка подписи)

☐ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с [частью 4 статьи 9](#) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.


(подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

(расшифровка подписи)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Поле обязательное для заполнения.

⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁵ Отмечается знаком «V».

⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

⁷ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

⁸ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹⁰ Отмечается знаком «V».

¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица

¹² Нужно подчеркнуть.

¹³ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией

Вы можете на сайте _____ в разделе _____ или по телефону контакт-центра _____.

¹⁴ Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н.

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ
о включении в единый регистр застрахованных лиц

Прошу включить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в регистр застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости):

☐ выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц.

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

3. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3 Отчество (при наличии) ⁱⁱ _____ 1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком "V")

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|---|---|
| ☐ 1) работающий гражданин Российской Федерации; | ☐ 9) неработающее лицо без гражданства; |
| ☐ 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| ☐ 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; |
| ☐ 4) работающее лицо без гражданства; | ☐ 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| ☐ 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | ☐ 13) должностное лицо Комиссии; |
| ☐ 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | ☐ 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
| ☐ 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| ☐ 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицомⁱⁱⁱ _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.1 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации^{iv}:

2

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства^v

1.1 Адрес места пребывания^{vi} (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

3

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.1 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации^{vii}.

4

- а) вид документа _____
б) серия _____ в) номер _____
г) кем и когда выдан _____

1.1 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

5

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.1 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

6 № _____ дата подписания _____, с _____ по _____
Наименование организации, город _____

1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
а) серия _____ б) номер _____

1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: _____

1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____ с _____ по _____

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

1.21.2 Адрес электронной почты _____

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

☐ SMS-информирование;	☐ Почтовая рассылка;
☐ Электронная почта;	☐ Телефонный обзвон;
☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	☐ Иные способы информирования (указать): _____

4. Сведения о представителе застрахованного лица^{viii}

2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5 Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"): ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Усыновитель
☐ Отец ☐ Попечитель ☐ По доверенности

2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

2.9 Серия _____ Номер _____ 2.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

2.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

2.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

2.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

2.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации^{ix}:

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства^x

2.15 Адрес места пребывания^{xi} (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (республика, край, область, округ)

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

2.17 Адрес электронной почты _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)^{vi} _____ Дата: _____
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филiales)) _____
(расшифровка подписи)

М.П.

☐ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)^{xiii} и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____
(расшифровка подписи)

☐ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с **частью 4 статьи 9** Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

(расшифровка подписи) _____ (подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования

Прошу переоформить мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V») и выдать мне полис ОМС:

☐ в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- ☐ 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;
- ☐ 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- ☐ 3) окончанием срока действия полиса ^{xiv}.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность^{xv})

1.3 Отчество (при наличии) ^{xvi} _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|---|---|
| ☐ 1) работающий гражданин Российской Федерации; | ☐ 9) неработающее лицо без гражданства; |
| ☐ 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| ☐ 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; |
| ☐ 4) работающее лицо без гражданства; | ☐ 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| ☐ 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | ☐ 13) должностное лицо Комиссии; |
| ☐ 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | ☐ 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации; |
| ☐ 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| ☐ 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | ☐ 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом ^{xvii}

(подпись застрахованного лица или его

1.5 Пол: муж. ☐ жен. ☐ ^{xviii} (нужное отметить знаком «V») 1.6 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.7 Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

1.11 гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации ^{xviii}:

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____
- ☐ лицо без определённого места жительства ^{xix}

1.13 Адрес места пребывания^{xx} (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации ^{xxi}:

- а) вид документа _____
б) серия _____ в) номер _____
г) кем и когда выдан _____

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – членом ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

№ _____ дата подписания _____, с _____ по _____
Наименование организации, город _____

- 1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
а) серия _____ б) номер _____
- 1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование _____
- 1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

- с _____ по _____
- 1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
- 1.21 Контактная информация:
- 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
- 1.21.2 Адрес электронной почты _____
- 1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| ☐ | SMS-информирование; | ☐ | Почтовая рассылка; |
| ☐ | Электронная почта; | ☐ | Телефонный обзвон; |
| ☐ | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); | ☐ | Иные способы информирования (указать): _____ |

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных^{xxii}

- 2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5 Дата рождения _____
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

3. Сведения о представителе застрахованного лица^{xxiii}

- 3.1 Фамилия _____ 3.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 3.5 Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)
- 3.6 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"): ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Усыновитель
☐ Отец ☐ Попечитель ☐ По доверенности
- 3.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
- 3.9 Серия _____ Номер _____ 3.10 Дата выдачи _____ (число, месяц, год)
Кем выдан _____

- 3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)
- 3.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
- 3.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____
- 3.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации^{xxiv}:
- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
- к) дата регистрации по месту жительства _____
- ☐ лицо без определенного места жительства^{xxv}

- 3.15 Адрес места пребывания^{xxvi} (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
- 3.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
- 3.17 Адрес электронной почты _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)^{xxvii} _____ Дата: _____
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)
- Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) (расшифровка подписи)

М.П.

- ☐ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)^{xxviii} и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)^{ix} _____ (расшифровка подписи)
- ☐ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с [частью 4 статьи 9](#) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.
- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)^{ix} _____ (расшифровка подписи)

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАПРОС
на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц
сведений о полисе обязательного медицинского страхования

Прошу предоставить выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.

5. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
1.3 Отчество (при наличии) ¹ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V") 1.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
1.6 Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
1.7 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
1.8 Серия _____ 1.9 Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
1.11 Кем выдан _____
1.12 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____
1.14 Телефон (с кодом): _____ 1.15 Адрес электронной почты: _____
1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____
1.17 Адрес места пребывания²: _____

6. Сведения о представителе застрахованного лица³

2.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
2.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
2.4 Дата рождения: _____ 2.5 Гражданство _____
(число, месяц, год)
2.6 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
2.7 Серия _____ 2.8 Номер _____ 2.9 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
Кем выдан: _____
2.10 Реквизиты № Дата: _____
доверенности: _____ (число, месяц, год)
2.11 Телефон (с кодом): _____ 2.12 Адрес электронной почты: _____

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)² _____ (расшифровка подписи) Дата: _____
(число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

¹ Поле обязательное для заполнения.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

² Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹ Нужно подчеркнуть.

¹ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией _____ Вы можете на сайте _____ в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра _____

¹ Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

¹ Поле обязательное для заполнения.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹ Нужно подчеркнуть.

¹ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией _____ Вы можете на сайте _____ в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра _____

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____

город _____

«__» _____ 20__ г.

фамилия, имя, отчество, дата рождения застрахованного

место рождения

документ, удостоверяющий личность: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

адрес регистрации по месту жительства

настоящим уполномочивает

фамилия, имя, отчество, дата рождения представителя

место рождения

документ, удостоверяющий личность: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

адрес регистрации по месту жительства

- подавать (подписывать) от моего имени заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц,
- выборе (замене) страховой медицинской организации в целях регистрации меня в качестве застрахованного лица в _____
- заявление о переоформлении полиса,
- запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования,
- заявление о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе,
- заявление о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования,
- получать полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе на мое имя,
- совершать иные действия, необходимые для выполнения предоставленных настоящей доверенностью полномочий.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность действительна по «__» _____ 20__ г. (не более трех лет)

Подпись уполномоченного лица _____ удостоверяю

подпись лица, получившего доверенность

Доверитель _____

ФИО

подпись

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____

город _____

«__» _____ 20__ г.

Настоящей доверенностью, я

-

фамилия, имя, отчество, дата рождения

-

документ, удостоверяющий личность: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

-

адрес регистрации по месту жительства

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка

-

фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка

-

свидетельство о рождении (паспорт) ребенка: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

-

адрес регистрации ребенка по месту жительства

настоящей доверенностью уполномочиваю

-

фамилия, имя, отчество, дата рождения

-

документ, удостоверяющий личность: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

-

адрес регистрации по месту жительства

от моего имени совершать следующие действия в страховой медицинской организации
ООО «АльфаСтрахование — ОМС» в отношении ребенка:

- подавать (подписывать) от моего имени заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, выборе (замене) страховой медицинской организации в целях регистрации в качестве застрахованного лица в ООО «АльфаСтрахование — ОМС»,
- заявление о переоформлении полиса,
- запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования,
- заявление о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе,
- заявление о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования,
- вносить в вышеуказанные заявления мои персональные сведения,
- получать полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе,
- совершать иные действия, необходимые для выполнения предоставленных настоящей доверенностью полномочий.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность действительна по «__» _____ 20__ г. (не более трех лет)

Подпись уполномоченного лица _____ удостоверяю

подпись лица, получившего доверенность

Доверитель

ФИО

подпись

Перечень документов, необходимых для оформления полиса ОМС

- 1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
 - свидетельство о рождении;
 - СНИЛС;
- 2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - документ, удостоверяющий личность;
 - СНИЛС;
- 3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" 5.4
 - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
- 4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - вид на жительство;
 - СНИЛС (при наличии);
- 5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - СНИЛС (при наличии);
- 6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
 - СНИЛС (при наличии);
- 7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
 - СНИЛС (при наличии);
- 8) для представителя:
 - документ, удостоверяющий личность;
 - СНИЛС (при наличии);
 - полис (при наличии);
 - доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации;
- 9) для законного представителя:
 - документ, удостоверяющий личность;
 - документ, удостоверяющий статус законного представителя;
 - СНИЛС (при наличии);
 - полис (при наличии).
- 10) Для временно пребывающих в РФ трудящихся государств - членов ЕАЭС:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - СНИЛС;
 - трудовой договор трудящегося государства — члена ЕАЭС;

- отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания.

11) Для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- СНИЛС;

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

Форма

наименование структурного подразделения страховой компании - Принципала

Договор возмездного оказания услуг:

Срок действия

номер	
дата	
с	
по	

Отчёт об оказании услуг

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

Агент: Муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района

№ п/п	ФИО проинформированного гражданина	Дата рождения	Контактный номер телефона проинформированного (или его представителя)	Способ информирования (лично, через представителя)
Адрес оказания услуг (субъект, город, улица, дом)				
Ранее незастрахованного Принципалом:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				

ИТОГО: _____ (_____) чел.

Агент: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Форма

наименование структурного подразделения Принципала

Договор возмездного оказания услуг:

Срок действия

номер	
дата	
с	
по	

АКТ приема-сдачи услуг

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

На основании отчета № _____ от «__» _____ 20__ г.

Агент: Муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района

Расчетная стоимость оказанных услуг составляет:

№ п/п	Факт обращения гражданина	Количество эффективных контактов	Стоимость 1 эффективного контакта	Итого
1	Ранее незастрахованного Принципалом			
2	Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца			
3	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС			
4	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС			
	ИТОГО			

ИТОГО сумма к оплате _____ (_____) руб. 00 коп., включая НДС.

Агент: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Принципал _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Договор поручения на обработку персональных данных третьим лицом

г. _____

«___» _____ 2026г.

_____, именуемое в дальнейшем «**Доверитель**», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района, в лице директора Мищенко Николая Николаевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Поверенный**» с другой стороны, все вместе именуемые в дальнейшем «**Стороны**», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Поверенный обязуется по поручению и от имени Доверителя совершать действия по обработке персональных данных, которые включают следующее: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных (далее Поручение).

1.2. Состав персональных данных, подлежащих обработке, включает фамилию, имя, отчество субъекта, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, СНИЛС, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактную информацию.

1.3. Обработка персональных данных осуществляется в целях осуществления обязательного медицинского страхования.

1.4. Обработка персональных данных должна быть осуществлена в срок исполнения договора № _____ от «___» _____ 2026 г.

2. Обязанности сторон договора

2.1. Поверенный обязан:

2.1.1. Исполнять данное ему поручение.

2.1.2. Соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных".

2.1.3. Осуществлять обработку персональных данных в соответствии с целями, определенными Сторонами в настоящем договоре.

2.1.4. Обеспечить при обработке персональных данных их точность, достаточность, а в необходимых случаях и актуальность по отношению к целям обработки персональных данных.

2.1.5. Осуществлять хранение персональных данных в форме, позволяющей определить субъекта персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

2.1.6. Соблюдать конфиденциальность персональных данных и обеспечивать безопасность персональных данных при их обработке, а также соблюдать требования к защите обрабатываемых персональных данных.

2.1.7. В случае выявления неправомерной обработки персональных данных прекратить неправомерную обработку персональных данных в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты этого выявления.

2.1.8. В случае достижения цели обработки персональных данных прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты достижения цели обработки персональных данных.

2.1.9. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных прекратить их обработку и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва.

2.1.10. Представлять Доверителю по его требованию информацию о ходе исполнения поручения.

2.1.11. По исполнении поручения или при прекращении настоящего договора до его исполнения без промедления возвратить Доверителю персональные данные и представить отчет о выполненном поручении.

3. Срок действия Договора

3.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует на срок исполнения договора № _____ от «__» _____ 2026г.

3.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

4. Прочие условия

4.1. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по 1 (одному) экземпляру для каждой из Сторон.

4.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 5 (пять) рабочих дней со дня получения. В случае недостижения соглашения – спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

ПОДПИСИ СТОРОН

Доверитель

Должность

_____/_____
М.П.

Поверенный

**Муниципальное автономное учреждение
«Многофункциональный центр
предоставления государственных и
муниципальных услуг» Белокалитвинского
района**

Адрес: Ростовская область,
г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, 3

ИНН 6142023276
КПП 614201001
р/сч (КС): 032346436060003201
УФК по Ростовской области (МАУ МФЦ
БЕЛОКАЛИТВИНСКОГО РАЙОНА
л/с 903Х5506001)
кор/сч (ЕКС): 40102810745370000024
в ОКЦ N 1 ВВГУ Банка России//УФК
по Нижегородской области
г. Нижний Новгород
БИК: 016015102
ОКПО: 68744516

Директор

_____/Н.Н. Мищенко
М.П.

СОГЛАШЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ

г. _____

«__» _____ 2026г.

_____, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и **муниципальное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» Белокалитвинского района**, в лице директора Николая Николаевича Мищенко, действующего на основании Устава, с другой стороны, именуемые каждый в отдельности – «Сторона», а вместе – «Стороны», заключили настоящее Соглашение о конфиденциальности (далее – «Соглашение») о нижеследующем:

Статья 1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Конфиденциальная информация означает информацию, представленную на любом носителе (электронная форма, документы и пр.) в отношении любой из Сторон, ее Аффилированных лиц, контрагентах, их бизнеса, стратегии развития, организационной структуры и системы материально-технического обеспечения, секретов производства (ноу-хау), интеллектуальной собственности, прав на проекты, сделок, структуры цен, маркетинговой стратегии и деятельности, а также планов, намерений или возможностей, имеющую финансовый, экономический, маркетинговый, плановый, технический, производственный характер, а также любую иную информацию в отношении, имеющую действительную или потенциальную ценность в силу неизвестности ее третьим лицам, не предназначенную для широкого распространения и/или использования неограниченным кругом лиц и имеющую статус конфиденциальной в соответствии с особыми в ней оговорками. Информация, считается конфиденциальной независимо от наличия на носителе маркировки «**Конфиденциально**» или иной аналогичной маркировки.

Если иное не будет указано в момент передачи информации, вся и любая информация, передаваемая получающей Стороне, является Конфиденциальной, независимо от того, присутствует ли указание (письменное или устное) о конфиденциальности этой информации.

К Конфиденциальной информации, не относится информация, которая:

- является или становится общеизвестной (причем общеизвестной не считается информация, известная ограниченному кругу лиц) по причинам, не связанным с нарушением получающей Стороной положений данного Соглашения;
- получающая Сторона может доказать, что она находилась в распоряжении получающей Стороны или была зафиксирована в её документах до ее получения от передающей Стороны и не была предварительно получена получающей Стороной от передающей Стороны или любой третьей стороны, связанной обязательством неразглашения такой информации;
- разглашается получающей Стороной на основе предварительного письменного разрешения передающей Стороны с указанием, что данная информация не является конфиденциальной.

1.2. Передающая сторона – Сторона по настоящему Соглашению, являющаяся обладателем Конфиденциальной информации, которая передает эту информацию получающей Стороне (далее – «**Передающая сторона**»).

1.3. Получающая сторона – Сторона по настоящему Соглашению, которая получает Конфиденциальную информацию от Передающей стороны, включая законных правопреемников получающей Стороны и её представителей (далее – «**Получающая сторона**»).

1.4. Режим конфиденциальности информации - правовые, организационные, технические и иные принимаемые обладателем Конфиденциальной информации (Передающей стороной), меры по охране ее конфиденциальности.

1.5. Доступ к конфиденциальной информации - ознакомление определенных лиц с Конфиденциальной информацией, с согласия ее обладателя (Передающей стороны) или на ином законном основании при условии сохранения конфиденциальности этой информации.

1.6. Передача конфиденциальной информации - осуществляется Передающей стороной Получающей стороне путем передачи её на любом носителе, а также любым иным согласованным Сторонами способом передачи информации, позволяющим обеспечить Конфиденциальность передаваемой информации, а также подтвердить факт передачи Конфиденциальной информации Передающей стороной и факт получения такой информации Получающей стороной.

Передача Конфиденциальной информации должна сопровождаться оформлением сторонами актов приема-передачи документов или электронных носителей информации, либо получением Передающей стороной отчета о получении Конфиденциальной информации Получающей стороной в случае использования иных способов передачи информации.

Передача Конфиденциальной информации Получающей стороне не влечет перехода права собственности на Конфиденциальную информацию и, если иное не предусмотрено настоящим Соглашением, каких-либо правомочий в отношении Информации.

1.7. Разглашение конфиденциальной информации - действие или бездействие, в результате которых Конфиденциальная информация в любой возможной форме (устной, письменной, иной форме, в том числе с использованием технических средств) становится известной третьим лицам без согласия Передающей стороны и вопреки настоящему Соглашению.

1.8. Аффилированное лицо – любое физическое или юридическое лицо, которое прямо или косвенно контролирует Сторону, находится под контролем Стороны либо находится со стороной под общим контролем, а также любое физическое или юридическое лицо, которое может быть признано аффилированным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации. Под «контролем» для целей настоящего Соглашения понимается возможность прямо или косвенно (в силу преобладающего участия в уставном капитале, либо в соответствии с заключенным между ними договором, либо участия в органах управления, либо иным образом) определять решения, принимаемые подконтрольным лицом.

Статья 2. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

2.1. Предметом настоящего Соглашения являются взаимные обязательства Сторон по обеспечению конфиденциальности и неразглашения информации, передаваемой Сторонами друг другу.

Статья 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Передающая сторона имеет право:

3.1.1. Самостоятельно с учетом положений действующего законодательства Российской Федерации относить информацию, подлежащую передаче Получающей стороне, к Конфиденциальной информации, и определять перечень и состав такой информации.

3.1.2. Изменять и отменять в письменной форме режим конфиденциальности информации, подлежащей передаче Получающей стороне.

3.1.3. Применять при необходимости средства и методы технической защиты Конфиденциальности информации, подлежащей передаче Получающей стороне, другие, не противоречащие законодательству Российской Федерации, меры.

3.1.4. Направлять Получающей стороне требования в письменной форме:

- а) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Получающей стороны – уничтожить данные носители до степени невозможности восстановления Конфиденциальной информации или удалить данную информацию с таких носителей до степени невозможности восстановления;
- б) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Передающей стороны – вернуть Передающей стороне все такие носители.

3.1.5. Защищать в установленном законом порядке свои права в случае разглашения, незаконного получения или незаконного использования Получающей стороной либо третьими лицами по вине Получающей стороны Конфиденциальной информации.

3.2. Передающая сторона обязана:

3.2.1. Принимать меры по охране Конфиденциальной информации, подлежащей передаче Получающей стороне.

3.2.2. В случае принятия решения об изменении или отмене режима конфиденциальности в отношении какой-либо из уже переданной Получающей стороне Конфиденциальной информации, письменно уведомить Получающую сторону о принятии такого решения в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия такого решения.

3.2.3. В течение 3 (Трех) рабочих дней с даты получения от Получающей стороны уведомления о фактах, перечисленных в пункте 3.4.8 Соглашения, направить Получающей стороне письменное указание о дальнейших действиях Получающей стороны.

3.3. Получающая сторона имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять способы защиты Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, обеспечивающие надлежащую охрану такой информации.

3.3.2. Предоставлять Конфиденциальную информацию, полученную от Передающей стороны третьим лицам, при условии получения предварительного письменного согласия от Передающей стороны.

3.3.3. Предоставить Конфиденциальную информацию каким-либо своим аффилированным лицам, советникам и консультантам, в случае если такое предоставление необходимо для целей сотрудничества и при условии, что Получающая сторона:

- а) до любого такого предоставления обеспечит, что соответствующие аффилированные лица, советники и консультанты будут осведомлены об условиях настоящего Соглашения, и
- б) обеспечит соблюдение конфиденциальности такими аффилированными лицами, советниками и консультантами на условиях, не менее строгих, чем условия настоящего Соглашения, и
- с) будет ответственна за все и любые действия/бездействия таких аффилированных лиц, советников и консультантов, последствиями которых стало раскрытие Конфиденциальной информации любому третьему лицу или её использование не в соответствии с целями, указанными в п. 1.1 настоящего Соглашения.

3.4. Получающая сторона обязана:

3.4.1. Принимать меры к охране Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, путем обеспечения такого высокого уровня её охраны и такое аккуратное ее использование, какие Получающая сторона обеспечила бы в отношении своей собственной конфиденциальной информации; и

3.4.2. Не разглашать Конфиденциальную информацию, полученную от Передающей стороны, а также факт ее получения (включая дату, способ и другие условия передачи).

3.4.3. Использовать полученную от Передающей стороны Конфиденциальную информацию исключительно для целей взаимного сотрудничества и оказания друг другу услуг, с учетом условий, предусмотренных настоящим Соглашением.

3.4.4. Незамедлительно сообщить Передающей стороне о допущенном Получающей стороной либо ставшем известном Получающей стороне факте разглашения, либо угрозы разглашения,

незаконном получении или незаконном использовании Конфиденциальной информации третьими лицами.

3.4.5. Не копировать и не воспроизводить другими способами Конфиденциальную информацию, за исключением случаев, когда это необходимо для целей выполнения поручений Передающей стороны. К копиям должны применяться те же требования по соблюдению конфиденциальности, что и к оригиналам.

3.4.6. По письменному требованию Передающей стороны, направленному в соответствии с пунктом 3.1.4 настоящего Соглашения, в зависимости от содержания требования Передающей стороны:

- а) незамедлительно прекратить использование Конфиденциальной информации;
- б) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Получающей стороны – уничтожить данные носители до степени невозможности восстановления Конфиденциальной информации или удалить данную информацию с таких носителей до степени невозможности восстановления;
- с) в случае если носители Конфиденциальной информации являются собственностью Передающей стороны – вернуть Передающей стороне все такие носители в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента получения требования о возврате.

В течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Передающей стороны письменного требования о выполнении вышеуказанных действий направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме об их выполнении.

3.4.7. В течение 2 (Двух) рабочих дней с даты получения от Передающей стороны письменного уведомления об изменении или отмене Режима Конфиденциальности информации, принять соответствующие меры по изменению либо отмене охраны ее Конфиденциальности и направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении этих мер.

3.4.8. Незамедлительно уведомить Передающую сторону любым видом связи в случаях:

- а) поступления в адрес Получающей стороны требования (запроса) органов государственной власти, иных государственных органов, органов местного самоуправления, судов, органов прокуратуры, органов предварительного следствия, органов дознания о передаче Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны;
- б) изъятия (выемки, ареста) в установленном законом порядке Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны;
- с) повреждения, утраты, хищения и других случаях неправомерного выбытия из владения Конфиденциальной информации;
- д) в других случаях, когда возникла необходимость либо целесообразность передачи Конфиденциальной информации, полученной от Передающей стороны, третьим лицам.

3.4.9. Не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем получения от Передающей стороны письменного указания о соответствующих действиях в вышеуказанных случаях принять соответствующие меры и направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении этих мер.

3.4.10. До окончания срока действия настоящего Соглашения, а также в течение 5 (Пяти) лет после окончания срока действия настоящего Соглашения, если иной срок не будет определен Передающей стороной, не разглашать Конфиденциальную информацию, переданную Получающей стороне, а также в одностороннем порядке не прекращать охрану ее конфиденциальности.

Статья 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Соглашения Стороны несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

4.2. В случае разглашения или использования в своих интересах Конфиденциальной информации, в том числе вследствие действий (бездействия) Представителей Получающей стороны, Получающая сторона обязана возместить Передающей стороне возникший ущерб в полном объеме.

4.3. Не является нарушением условий настоящего Соглашения, если информация, являющаяся Конфиденциальной, полученная Получающей стороной от Передающей стороны:

- а) стала общеизвестной либо известной определенному лицу (кругу лиц) иначе, чем в результате нарушения Получающей стороной условий настоящего Соглашения;
- б) была изъята у Получающей стороны в случаях, предусмотренных положениями подпункта «б» пункта 3.4.8 настоящего Соглашения, при условии, что Получающая сторона незамедлительно известит Передающую сторону об этом в порядке, предусмотренном пунктом 3.4.8 настоящего Соглашения;
- с) передана Получающей стороной лицам, указанным в подпункте «а» и «б» пункта 3.4.8 настоящего Соглашения.

4.4. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по настоящему Соглашению, освобождается от ответственности в случае, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, включая объявленную или фактическую войну, блокаду, пожары и другие стихийные бедствия, которые повлияли на надлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению.

Статья 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. В случае возникновения каких-либо споров, претензий и разногласий, вытекающих из или связанных с настоящим Соглашением, а также в связи с действительностью, толкованием, исполнением или нарушением такового Стороны приложат все разумные усилия для проведения добросовестных переговоров с целью достижения мирного урегулирования такого спора, разногласия или требования.

5.2. В случае если Стороны не достигнут мирного урегулирования любого спора, претензии или разногласия в течение 30 (Тридцати) дней с начала переговоров, все такие споры, претензии и разногласия, возникающие в связи или в отношении настоящего Соглашения, а также в связи с действительностью, толкованием, исполнением или нарушением такового, подлежат окончательному разрешению Арбитражным судом Ростовской области.

5.3. При этом если любая из Сторон имеет основание считать, что соблюдение указанного выше срока может привести к нарушению прав такой Стороны, то данная Сторона вправе подать исковое заявление и ходатайствовать о принятии арбитражным судом обеспечительных мер до истечения указанного выше срока.

Статья 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ СОГЛАШЕНИЯ

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты подписания его Сторонами и действует до даты подписания Сторонами документа о расторжении настоящего Соглашения.

6.2. Изменение настоящего Соглашения возможно по соглашению Сторон, которое должно быть совершено Сторонами в письменной форме и подписано уполномоченными представителями Сторон.

6.3. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто как по соглашению Сторон, а также по другим основаниям и в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6.4. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто в судебном порядке по требованию одной из Сторон в случае существенного нарушения требований, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

6.5. При прекращении настоящего Соглашения Получающая сторона возвращает в течение 5 (Пяти) рабочих дней Передающей стороне всю документацию (в том числе носители информации),

полученную от Передающей стороны, если в тот же срок Передающей стороной не будет дано письменного указания Получающей стороне об уничтожении Конфиденциальной информации. В этом случае в тот же срок с даты получения такого указания Получающая сторона должна направить Передающей стороне подтверждение в письменной форме о выполнении указания Передающей стороны.

6.6. После прекращения действия настоящего Соглашения все обязательства Получающей стороны, предусмотренные настоящим Соглашением в отношении охраны конфиденциальности информации, действуют в течение 5 (Пяти) лет, за исключением случаев ликвидации одной из Сторон.

Статья 7. УСЛОВИЯ ОХРАНЫ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ В СЛУЧАЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ЛИКВИДАЦИИ ОДНОЙ ИЗ СТОРОН

7.1. В случае реорганизации или ликвидации одной из Сторон (по решению учредителей или органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами) реорганизуемая или ликвидируемая Сторона обязана незамедлительно направить другой Стороне письменное уведомление о начале и окончании этих процедур (в том числе с указанием правопреемников реорганизуемой Стороны), с приложением соответствующих решений учредителей, органов управления.

7.2. В случае реорганизации (по решению уполномоченных государственных органов или по решению суда) или ликвидации (по решению суда) Получающей стороны Передающая сторона направляет соответствующему органу (лицу), осуществляющему реорганизацию либо ликвидацию Получающей стороны, письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

7.3. В период реорганизации одной из Сторон условия охраны Конфиденциальной информации, остаются такими же, как до начала реорганизации, если Передающая сторона не направит соответствующему органу (лицу), осуществляющему реорганизацию Получающей стороны, письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

7.4. После реорганизации Получающей стороны условия охраны Конфиденциальной информации, обеспечиваются правопреемником (правопреемниками) Получающей стороны в таком же режиме, как до реорганизации, если Передающая сторона не направит правопреемнику Получающей стороны письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

7.5. После реорганизации Передающей стороны условия охраны Конфиденциальной информации, остаются такими же, как до реорганизации, если правопреемник Передающей стороны не направит Получающей стороне письменное требование о совершении действий, предусмотренных пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

7.6. В период ликвидации Передающей стороны (как в добровольном, так и в принудительном порядке) Получающая сторона обязана по письменному требованию соответствующего органа (лица), осуществляющего ликвидацию Передающей стороны, совершить действия, предусмотренные пунктом 3.4.6 настоящего Соглашения.

Статья 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. Стороны обязуются информировать друг друга в письменном виде об изменении своих адресов и иных данных и реквизитов, указанных в Соглашении.

8.2. Уведомления и сообщения могут направляться с подтверждением о вручении адресату средствами факсимильной связи, заказной почтой или курьером. Подтверждением о вручении адресату в случае доставки уведомления заказной почтой или курьером будет служить экземпляр оригинала документа с указанием надлежащего наименования и адреса адресата, а также Ф.И.О., должности и подписи лица, принявшего уведомление, а в случае доставки уведомления средствами

факсимильной связи – экземпляр уведомления с надлежащим адресом и абонентским телефонным номером адресата, зарегистрированный в соответствующем реестре исходящих факсимильных сообщений с отметкой аппарата отправителя о нормальной передаче сообщения.

8.3. В случае уклонения адресата от получения уведомления, а также в случае, когда адресат письменно не сообщит отправителю об изменении адреса и реквизитов доставки уведомлений в установленный срок и уведомление будет доставлено по ранее указанному адресатом адресу или реквизитам, адресат несет всю ответственность за недоставку или невозможность доставки уведомления.

Статья 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Во всем, что прямо не оговорено в настоящем Соглашении, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.2. Настоящее Соглашение подписано Сторонами в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

В СВИДЕТЕЛЬСТВО ВСЕГО ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО

Настоящее Соглашение подписано уполномоченными представителями Сторон:

Должность

_____/_____
М.П.

**Муниципальное автономное учреждение
«Многофункциональный центр
предоставления государственных и
муниципальных услуг» Белокалитвинского
района**

Адрес: Ростовская область,
г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, 3
ИНН 6142023276, КПП 614201001
р/сч (КС): 03234643606060003201
УФК по Ростовской области (МАУ МФЦ
БЕЛОКАЛИТВИНСКОГО РАЙОНА
л/с 903Х5506001)
кор/сч (ЕКС): 40102810745370000024
в ОКЦ N 1 ВВГУ Банка России/УФК
по Нижегородской области
г. Нижний Новгород
БИК: 016015102
ОКПО: 68744516

Директор _____/Н.Н. Мищенко
М.П.

**Перечень и адреса
структурных подразделений МАУ МФЦ Белокалитвинского района,
в которых организуется предоставление услуг, предусмотренных агентским договором**

№ п/п	Наименование	Адрес	График работы
1.	МФЦ в г. Белая Калитва	г. Белая Калитва, ул. Космонавтов, 3	Пн. — Ср.: 08.00 — 17.00 Четверг: 08.00 — 19.00 Пт. — Сб.: 08.00 — 16.00 Воскресенье — выходной
2	МФЦ в п. Горняцкий	Белокалитвинский р-н, п. Горняцкий, ул. Центральная, д.8	н. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
3	МФЦ в п. Шолоховский	Белокалитвинский р-н, п. Шолоховский, ул. Комсомольская, д.21	Пн. — Чт.: 08.00 — 17.00 Пятница: 08.00 — 16.00 Сб. — Вс. — выходной
4	МФЦ в п. Коксовый	Белокалитвинский р-н, п. Коксовый, ул. Горноспасательная, д.6	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
5	МФЦ в п. Синегорский	Белокалитвинский р-н, п. Синегорский, ул. Маяковского, д.6	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Пятница: 08.00 — 15.30 Сб. — Вс. — выходной
6	МФЦ в с. Литвиновка	Белокалитвинский р-н, с. Литвиновка, ул. Садовая, д. 2	Пн. — Чт.: 08.00 — 16.30 Перерыв: 12.00 — 12.48 Пятница: 08.00 — 15.30 Перерыв: 12.00 — 12.48 Сб. — Вс. — выходной
7	МФЦ в ст-це Краснодонецкая	Белокалитвинский р-н, ст-ца Краснодонецкая, ул. Центральная, д.10	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
8	МФЦ в х. Богураев	Белокалитвинский р-н, х. Богураев, ул. Центральная, д.66	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
9	МФЦ в х. Грушевка	Белокалитвинский р-н, х. Грушевка, ул. Центральная, д.19 "А"	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
10	МФЦ в х. Ильинка	Белокалитвинский р-н, х. Ильинка, ул. Центральная, д. 5	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
11	МФЦ в х. Ленина	Белокалитвинский р-н, х. Ленина, ул. Ленина, д. 79	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной
12	МФЦ в х. Нижнепопов	Белокалитвинский р-н, х. Нижнепопов, ул. Первая, д. 29	Пн. — Пт.: 08.00 — 12.00 Сб. — Вс. — выходной