**Приложение №2**
**к Правилам предоставления**

 **платных медицинских услуг**

 **ГБУЗ МО «ПБ №4»**

 ДОГОВОР № \_\_\_\_

 на оказание платных медицинских услуг

с. Покровское, Рузского ГО,

Московской области «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

 **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница № 4» (ГБУЗ МО «ПБ №4»)** ИНН 5075003671 КПП 507501001, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Сухотеплой Наталии Владимировны, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-012482 от 01 декабря 2020г., с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (если имеется) заказчика, законного представителя)*

именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) обязуется оказать ему платную (ые) медицинскую (ые) услугу (и):

|  |  |
| --- | --- |
| *№* | Наименование медицинской услуги |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(далее –медицинская услуга), в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную медицинскую (ие) услугу (и) в порядке и размере по Договору.

1. 2.. Потребителем услуг по настоящему договору является:

Ф.И.О \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его: с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2014 № 1006); с действующим прейскурантом платных медицинских услуг ГБУЗ МО «ПБ №4», утвержденным в установленном порядке; с Положением об оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ МО «ПБ №4»; с возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской без взимания платы (в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи).

- Право Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору подтверждается лицензией на осуществление медицинской деятельности, ЛО-50-01-012482 от 01 декабря 2020г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (адрес: 143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1 +7 (498) 602-03-03); срок действия – бессрочно. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации.

1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию: государственный регистрационный номер: 2125075013996, Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №21 по Московской области ( адрес: [Россия, Московская область, Руза, Революционная улица, 23](https://yandex.ru/maps/?text=%D1%84%D0%BD%D1%81%2021%20%D1%80%D1%83%D0%B7%D0%B0&source=wizbiz_new_map_single&z=14&ll=36.194812%2C55.702906&sctx=CQAAAAIAm44AbhYZQkB0z7pGy9lLQHnJ%2F%2BTv3rE%2FHuBJC5dVoD8DAAAAAAECAQAAAAAAAAABFswh0o%2Bi387%2FKQAAAQAAgD8AAAAAAAAAAAIAAABydQ%3D%3D&oid=206666502442&ol=biz) тел: 7 49627 2‑30-62, +7 49627 2‑35-06).

2. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

* 1. Потребитель оплачивает оказываемые медицинские услуги, в порядке, установленном настоящим Договором.
	2. Общая стоимость медицинских услуг составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(стоимость указывается цифрами и прописью)*

НДС не облагается согласно пп. 2 п.2 ст.149 НК РФ.

2.3. Стоимость оказываемых Исполнителем Потребителю в рамках настоящего Договора медицинских услуг определяется в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом цен на платные медицинские услуги.

2.4. Стоимость медицинских услуг оплачивается Потребителем в рублях, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетных счет Исполнителя, указанный в разделе 12 «Реквизиты сторон» настоящего Договора. При оплате по безналичному расчету Потребитель/Заказчик обязан предоставить Исполнителю платежное получение с отметкой банка об осуществлении платежа.

 Оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора осуществляется на условиях 100% платежа стоимости подлежащих оказанию услуг.

2.5. По требованию Потребителя/ Заказчика на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становиться неотъемлемой частью Договора.

- Возврат денежных средств Потребителю/Заказчику за не оказанные услуги (или оказанные не в полном объеме) производиться в следующем порядке:

При поступлении денежных средств на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке – на основании письменного заявления Потребителя /Заказчика, в течении 10 (десяти) календарных дней с даты выставления требования Потребителя/Заказчика.

- при поступлении денежных средств в кассу Исполнителя – на основании письменного требования Потребителя /Заказчика, в течении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней с даты выставления требования Потребителя/Заказчика.

 3.Срок действия договора

3.1. Срок действия договора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Порядок оказания услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (Потребителя) и согласия Заказчика (Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика(Потребителя).

Исполнитель приступает к оказанию медицинской услуги после получения оплаты.

4.2. Заказчик (Потребитель) даёт Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

4.3. Заказчик (Потребитель) при поступлении в больницу должен иметь предметы личной гигиены (туалетные и косметические принадлежности), сменную обувь.

4.4 Вещи, документы, деньги и ценности Заказчика (Потребителя) принимаются, хранятся и выдаются в установленном порядке.

4.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Заказчику (Потребителю) услуг, предусмотренных настоящим договором, сократиться либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика (Потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5. Права и обязанности сторон

5.1. Потребитель обязуется:

5.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в ом числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

- Своевременно и в полном объеме оплатить медицинскую(ие) услугу(и), оказанные Исполнителем в порядке и на условиях установленных настоящим Договором.

-Соблюдать установленный в учреждении режим и внутренний распорядок в учреждении Исполнителя, план лечения, рекомендованный специалистом, оказывающем медицинские услуги, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии своего здоровья, в процессе получения медицинских услуг.

5.3. Потребитель имеет право:

5.4. Получать информацию об Исполнителе и о ходе оказания или о предоставленных им медицинских услугах по настоящему Договору.

- Отказаться от оказания Исполнителем запланированных медицинских услуг, оформив такой отказ в письменной форме. В этом случае Исполнитель информирует Потребителя о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации

- Досрочно отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать возврата внесенных денежных средств, за исключением стоимости медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю к моменту досрочного прекращения настоящего Договора.

 6. Права и обязанности Исполнителя

6.1. Исполнитель обязуется:

6.2. Оказать Потребителю/Заказчику платные медицинские услуги, указанные в п.2.1 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемых к услугам соответствующего вида, силами квалифицированного персонала, по ценам согласно действующему на момент оказания Медицинской услуги Прейскуранту цен на медицинские услуги Исполнителя. Приступить к оказанию медицинских услуг после их оплаты Потребителем.

 - Обеспечить Потребителя/Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, квалификации и сертификации специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, их содержании, стоимости, порядке оказания, а также сведения о возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства.

- Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданами медицинской помощи.

- Без согласия Потребителя/ Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

- Исполнитель предоставляет Потребителю /Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

- При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание услуг по настоящему Договору, незамедлительно известить об этом Потребителя, и приостановить оказание услуг.

- Выдать после исполнения Договора Потребителю медицинские документы установленного образца, свидетельствующие об оказании медицинских услуг и их результатов.

 - При досрочном прекращении настоящего Договора возвратить Потребителю внесенные денежные средства, за исключением стоимости медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю к моменту досрочного прекращения настоящего Договора.

6.2. Исполнитель имеет право вправе:

-Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

- в случае нарушения Потребителем установленного Исполнителем режима и внутреннего распорядка, отказать в одностороннем порядке Потребителю в дальнейшем оказании медицинской услуги и расторгнуть настоящий Договор с момента направления Потребителю соответствующего письменного уведомления.

 -Получать оплату за оказанные медицинские услуги по настоящему Договору.

**7. Ответственность Сторон**

7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Стороны освобождаться от ответственности за частичное или полное неисполнение, или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (стихийные бедствия, военные действия, наводнения, забастовки и т.д.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

 7.3. В случае нарушения Заказчиком своих обязанностей Исполнитель вправе отказаться о исполнения по настоящему Договору в одностороннем порядке и требовать от Заказчика оплаты оказанных услуг.

 Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

 **8. Расторжение договора**

8.1.Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон**.**

8.2. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут в следующих случаях:

- в случае отказа Заказчика после заключения Договора о получения медицинских услуг. Отказ от получения медицинских услуг по настоящему договору оформляется письменно и направляется Исполнителю, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

- в случае нарушения обязательств одной из сторон по настоящему договору.

**9. Заключительные положения**

9.1.Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обстоятельства, не предусмотренные настоящим договором, считается действительной, если она подтверждена Сторонами в письменной форме в виде дополнительного соглашения.

9.2. При выполнении настоящего договора Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

9.3. Стороны будут прилагать все усилия к тому, чтобы урегулировать возникшие разногласия путем мирных переговоров. В случае, если разногласия и споры не будут разрешены сторонами путем переговоров, Стороны передают данные разногласия на рассмотрение суд в соответствии с законодательством РФ.

9.4.Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу при условии их оформления в письменной форме и подписания обеими Сторонами, за исключением случаев, прямо предусмотренных настоящим договором.

9.5.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

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

 **10. Конфиденциальность**

10.1.Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

10.2.Передача информации другим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны, и без согласия, в случаях, установленных законом РФ.

10.3.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика (Потребителя) за оказанием платных медицинских, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**12. Реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| Наименование: **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница № 4»;**сокращенное наименование: ГБУЗ МО «ПБ № 4»Адрес юрид/факт: 143121, Московская область, Рузский ГО, с. Покровское, ул. Больница №4, дом 19Телефон:8(496-27) 62-225, 62-223ИНН/КПП 5075003671/507501001л/с №20825842150 Министерство экономики и финансов МО (ГБУЗ МО «ПБ №4») ОГРН 1035011654534 БИК 004525987,  р/с 03224643460000004800**Главный врач ГБУЗ МО «ПБ № 4»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.В. Сухотеплая****«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.** | **Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес места жительства (заполняется в случае расхождения с адресом регистрации)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.** |
|  |  |

Экземпляр договора получил(а) **√**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных.**

 В соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ МО «Психиатрическая больница №4»(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности) , реквизиты СНИЛС, реквизиты полиса ОМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю Оператору осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с действующим законодательством.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение 3 дней с момента получения такого заявления, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Обработка персональных данных, прекращается по истечении семи лет после окончания действия настоящего Договора. В дальнейшем бумажные носители персональных данных находятся на архивном хранении (постоянно или 75 лет), а персональные данные на электронных носителях удаляются из информационной системы.

Дата дачи мной согласия на обработку персональных данных определяется датой заключения настоящего договора.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Ф.И.О/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_