

ДОГОВОР № 26А/18
на предоставление медицинских и дополнительных услуг
по добровольному медицинскому страхованию мигрантов

г. Санкт-Петербург

«01» февраля 2019

Акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ» (АО «СК ГАЙДЕ»), имеющее лицензию СЛ № 0630 от 26 января 2017 года, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Телешевой Татьяны Владимировны, действующей на основании доверенности № 1803-15-09 от 15.03.2018 года с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 8 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края, дальнейшем именуемое «Учреждение», имеющее лицензию № ЛО-23-01-011959 от 18.01.2018 года, в лице главного врача Саркисовой Ольги Алексеевны, действующего на основании Устава, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Страховщик поручает, а Учреждение (лицензия – Приложение № 1), принимает на себя обязательства по оказанию первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях иностранным гражданам, с которыми Страховщик заключил договор добровольного медицинского страхования (в дальнейшем – Застрахованные) в пределах согласованного со Страховщиком объема медицинских услуг; в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (Далее Программы ДМС – Приложение №4). Стоимость медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, определяется Прейскурантом (Приложение №3).

1.2. Страховщик оплачивает услуги, предоставленные Учреждением Застрахованным, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Страховщик обязан:

2.1.1. Выдать Застрахованному Полис Застрахованного (образец – Приложение №2), дающую право, получать медицинские услуги в Учреждении.

2.1.2. Оплачивать медицинские услуги Учреждения на основании счетов, выставленных Страховщику в соответствии с условиями Договора по ценам, указанным в Прейскуранте.

2.1.3. Согласовывать с Учреждением виды медицинских услуг, которые надлежит оказать конкретному Застрахованному по телефонам:

Страховщика 8 (861) 201-51-67 ; 8-928-215-30-50;

Учреждения 8 (861) 237-17-84

2.1.4. Своевременно информировать Учреждение об изменении контактных телефонов, телефонов диспетчерской, образцов документов, выдаваемых Застрахованным.

2.2. Страховщик вправе:

2.2.1. Контролировать объем, сроки и качество консультативно-диагностической и лечебной медицинской помощи, оказываемой Застрахованным непосредственно в Учреждении, в том числе путем направления, уполномоченного представителя.

2.2.2. Знакомиться с документацией Учреждения, подтверждающей объем, сроки и качество оказания консультативно-диагностической и лечебной медицинской помощи Застрахованным.

2.2.3. Отказаться от услуг отдельных (конкретных) сотрудников Учреждения, в случае нарушения ими правил врачебной этики и деонтологии, или в случае их профессиональной непригодности, следствием которой явилось ухудшение состояние здоровья Застрахованного и (или) нанесение Страховщику материального ущерба, при подтверждении указанных фактов экспертыным советом, формируемым из представителей Страховщика и учреждения.

2.2.4. По согласованию с Застрахованным, и при отсутствии противопоказаний, осуществлять перевод Застрахованного в другое медицинское учреждение для дальнейшего лечения, поставив предварительно в известность администрацию Учреждения.

2.3. Учреждение обязано:

2.3.1. Информировать Страховщика о режиме работы Учреждения. Незамедлительно сообщать об изменении в режиме работы Учреждения.

2.3.2. Оказывать Застрахованным первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях согласно лицензии, Прейскуранту и в соответствии с Программой ДМС Страховщика, в порядке определенном настоящим Договором.

2.3.3. Оказывать медицинскую помощь только при условии устного (по телефонам, указанным в п.2.1.3.Договора) направления диспетчерской службы Страховщика, согласования со Страховщиком объема диагностических и лечебных мероприятий.

2.3.4. Оказывать Застрахованным медицинскую помощь при наличии:

- Полиса Застрахованного установленного образца, который является именным и не подлежит передаче другим лицам;
- документа, удостоверяющего личность;

2.3.5. При самостоятельном обращении Застрахованного в Учреждение, получить обязательное подтверждение права данного Застрахованного на получение медицинской помощи по телефону диспетчерской Страховщика.

2.3.6. Обеспечить оказание Застрахованным медицинской помощи надлежащего качества и объема.

2.3.7. Оформить на каждого Застрахованного амбулаторную карту, вести учет видов, объемов, сроков, стоимости оказанных Застрахованному медицинских услуг.

2.3.8. Незамедлительно уведомить Страховщика по телефонам, указанным в п.2.1.3. настоящего договора, о следующих событиях:

а) о выявлении у Застрахованного заболевания (состояния), лечение и обследование при котором, не входит в Программу ДМС данного Застрахованного;

б) о необходимости оказания Застрахованному по медицинским показаниям медицинских услуг, ранее не согласованных со Страховщиком;

в) о необходимости экстренной госпитализации Застрахованного, с предоставлением информации о поставленном диагнозе и состоянии Застрахованного;

г) о необходимости планового, стационарного лечения Застрахованного, с предоставлением Застрахованному выписки из амбулаторной карты с результатами функционально-диагностических и лабораторных исследований, проведенного лечения;

2.3.9. Выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию, связанную с выявленным заболеванием (листок временной нетрудоспособности, выписной эпикриз, рецепты, справки) в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3.10. Не расширять объем обследования без согласования с диспетчерской службой Страховщика.

2.3.11. Предоставлять по требованию Страховщика документацию, подтверждающую объем, сроки и качество оказания консультативно-диагностической и лечебной медицинской помощи Застрахованным, оказывать содействие Страховщику в проведении экспертиз медицинской помощи, предоставленной Учреждением Застрахованным.

2.3.12. Требовать от своих сотрудников соблюдения правил медицинской этики и деонтологии.

2.3.13. Безвозмездно устранять дефекты в лечение, возникшие по вине Учреждения.

2.3.14. Не менее чем за 30 рабочих дней письменно уведомлять Страховщика об изменении тарифов на услуги, оказываемые Застрахованным, по адресу указанному в настоящем договоре.

2.4. Учреждение имеет право:

2.4.1. Привлекать специалистов из других медицинских учреждений, при невозможности оказания помощи Застрахованным в Учреждении, но только в соответствии с Программой ДМС Страховщика и по согласованию со Страховщиком.

2.4.2. Направлять Застрахованных для получения медицинских и иных услуг в другие лечебные учреждения, проводить экстренную госпитализацию по согласованию со Страховщиком.

2.4.3. Отказать Застрахованному в дальнейшем предоставлении медицинских услуг в случае нарушения им медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, с уведомлением Страховщика в течение 1 дня с момента отказа любыми средствами связи, в том числе по телефону диспетчерской.

3. Порядок приемки медицинских услуг

3.1. Учреждение ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным, направляет Страховщику:

- счет за оказанные услуги;

- реестр оказанных услуг, содержащий фамилию, имя, отчество Застрахованного; номер Полиса Застрахованного; даты, перечень и количество оказанных услуг; цену за единицу услуги и общую стоимость; диагноз по МКБ-10.

- акт сдачи-приемки оказанных услуг.

- счет-фактуру (в случаях, предусмотренных действующим законодательством).

3.2. Страховщик в течение 15 банковских дней с даты поступления документов, указанных в п.3.1., подписывает Акт оказанных услуг, либо направляет Учреждению письменные, мотивированные возражения на всю сумму, либо частично в форме Акта медико-экономической экспертизы (далее Акт МЭЭ). В случае, если мотивированные возражения не направлены в указанный срок, услуги считаются принятыми, а Акт МЭЭ согласованным в редакции Учреждения.

Учреждение при получении Акта МЭЭ вправе направить Акт разногласий Страховщику в течение 5 рабочих дней, с даты получения Акта МЭЭ. В противном случае, Акт МЭЭ считается одобренным Учреждением.

3.3. Страховщик вправе провести выездную проверку поступивших счетов. В этом случае Страховщик не позднее 5 банковских дней с даты поступления счета согласовывает с Учреждением дату и время проверки (не позднее чем через 5 банковских дней с даты соответствующего обращения Страховщика). Учреждение к указанному сроку обязано подготовить и предоставить, запрошенные медицинские документы, и обеспечить своего представителя, уполномоченного на подписание Акта МЭЭ. По результатам проверки представители сторон составляют Акт МЭЭ, который в обязательном порядке подписывается уполномоченными представителями (с замечаниями либо без таковых). Отсутствие подписи одной из сторон на Акте МЭЭ, составленного по результатам выездной проверки, означает согласие с обстоятельствами, зафиксированными Актом МЭЭ.

3.4. Страховщик вправе осуществить приемку оказанных услуг в неоспоримой части, отразив это в Акте оказанных услуг.

4. Порядок расчетов

- 4.1. Страховщик принимает к оплате счет при наличии документов и сведений, указанных в пункте 3.1. настоящего Договора и при условии, что счет за оказанные услуги направлен не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным. 4.2. Страховщик оплачивает оказанные услуги в течение 30 банковских дней с даты поступления документов, указанных в п.3.1., и в сумме, указанной в Акте оказанных услуг за вычетом суммы, указанной в Акте МЭЭ 4.3. Оплата за стационарное лечение Застрахованных определяется по стоимости услуг в соответствии с Прейскурантом. 4.4. Стороны ежеквартально в течение 15 рабочих дней по истечении отчетного квартала производят сверку расчетов с оформлением акта сверки.

e. Ответственность сторон

- 5.1. В случае нарушения срока оплаты услуг, предусмотренного п. 4.2. Договора, Учреждение вправе потребовать уплаты неустойки в размере 0,1% от просроченной суммы за каждый день просрочки.
- 5.2. В случае задержки оплаты счетов более чем на 30 банковских дней Учреждение вправе приостановить оказание медицинских услуг, предварительно письменно, уведомив Страховщика, не менее чем за 7 банковских дней до даты приостановки. При этом Учреждение не вправе прекратить/приостановить оказание медицинских услуг Застрахованным, находящимся на стационарном лечении.
- 5.3. В случае оказания услуг ненадлежащего качества оплата таких услуг не производится.
- 5.4. В случае оказания услуг ненадлежащего качества, повлекших причинение вреда Застрахованному, либо ухудшение состояния его здоровья Учреждение обязуется компенсировать связанные с этим расходы, как Страховщика, так и Застрахованного.

e. Разрешение споров

- 6.1. При возникновении неразрешимых противоречий, связанных с оказанием услуг, стороны создают комиссию из равного количества представителей сторон для проведения медико-экономической экспертизы.
- 6.2. В случае споров о качестве медицинской помощи стороны вправе организовать проведение независимой экспертизы в организации, имеющей соответствующее разрешение (лицензию) и специалистов соответствующего профиля. Затраты Страховщика на организацию и проведение независимой экспертизы возмещаются Учреждением, если результатами экспертизы подтверждается факт нарушения качества, срока и объема оказания Застрахованным медицинской помощи. Соответственно Страховщик возмещает расходы Учреждения, если результаты экспертизы опровергают факт нарушения качества, срока и объема оказания Застрахованным медицинской помощи.
- 6.3. Претензии, возникающие при исполнении настоящего Договора, должны быть предъявлены в письменном виде не позднее 30 календарных дней со дня возникновения оснований для их предъявления.
- 6.4. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить в письменном виде не позднее 30 календарных дней с момента ее получения.
- 6.5. Все неурегулированные в претензионном порядке споры по настоящему Договору рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

7. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

- 7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Сторона не могла предвидеть и предотвратить разумными мерами. К таким обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: стихийные явления природы, а также военные действия, забастовки и другие обстоятельства вне разумного контроля Сторон.
- 7.2. При наступлении указанных в пункте 7.1. обстоятельств, Сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна незамедлительно известить другую Сторону.

8. Прочие условия

- 8.1. Условия Договора могут быть изменены только по взаимному согласию Сторон, дополнения и изменения в договоре действительны только при условии, если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.
- 8.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
- 8.3. Все уведомления и сообщения, направляемые Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть оформлены в письменной форме и заверены уполномоченными представителями Сторон.
- 8.4. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

9. Срок действия договора

- 9.1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до "31" декабря 2019 года.
- 9.2. В случае если за 1 (один) месяц до истечения срока действия настоящего Договора, ни одна из Сторон не известит письменно другую о намерении прекратить (расторгнуть) Договор, действие Договора без дополнительного соглашения Сторон всякий раз продлевается на следующий срок с сохранением всех прежних условий, с обязательным предоставлением Учреждением новой лицензии на медицинскую деятельность, в случае окончания ранее действовавшей.

10. Конфиденциальность

10.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с согласия другой стороны.

10.2. Конфиденциальной, по настоящему Договору, признается следующая информация: сведения о Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных, сведения о ценах на услуги, оказываемые Медицинским учреждением.

10.3. Обработка персональных данных:

1.1. Стороны подтверждают, что при обработке персональных данных принимают все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

1.2. Используемые в данном разделе термины «персональные данные» и «обработка персональных данных» понимаются в том значении, в котором они определены Федеральным Законом Российской Федерации № 152-ФЗ «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» от 27 июля 2006 года.

1.3. Подписывая Договор, Заказчик гарантирует согласие каждого Застрахованного (субъекта персональных данных) на обработку и передачу его персональных данных. Под обработкой персональных данных, в соответствии с законодательством РФ, понимаются действия (операции) с персональными данными физических лиц, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Данное условие независимо от срока действия Договора.

11. Приложения:

№1.Лицензия Учреждения (для экземпляра Страховщика копия заверяется Учреждением).

№2.Образец Полиса Застрахованного (для экземпляра Учреждения копия заверяется Страховщиком).

№3.Прейскурант (подписывается обеими сторонами).

№4.Программы ДМС (подписываются обеими сторонами).

№5.Доверенность представителя Страховщика (для экземпляра Учреждения копия заверяется Страховщиком).

№6.Доверенность представителя Учреждения (для экземпляра Страховщика копия заверяется Учреждением).

12. Адреса и реквизиты сторон

Страховщик:

Акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ»

АО «СК ГАЙДЕ»

Юр.адрес:

191119, г.Санкт-Петербург, Лиговский пр., д.108, лит.А.

Отделение /г.Краснодар, ул.Ставропольская, 5/

Факт.адрес:

350033, г.Краснодар, ул.Ставропольская, д.5, лит.Н

ИНН 7809016423

КПП 783501001

Р/С 40701810833000001031

ПАО «Банк «Санкт-Петербург»

БИК 044030790

к/с 30101810900000000790

тел.8(861)-201-51-67

От Страховщика:

**Руководитель отделения
г.Краснодар, ул.Ставропольская, 5**

Телешева Т.В.



Учреждение:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 8 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края
(ГБУЗ «ДГП № 8 г. Краснодара» МЗ КК)
350911, г. Краснодар, Карасунский округ, ул. Садовая, 5/3
Тел/факс (861) 237-17-84
ИНН 2312057581 КПП 231201001
Минфин КК (ГБУЗ «ДГП № 8 г. Краснодара» МЗ КК л/с 828536640)
БИК 040349001
Р/С 4060181090000300001
Банк: Южное ГУ банка России
e-mail: detpol8@kmivc.ru Телефон: (861) 237-17-84
Факс: (861) 237-17-84

От Учреждения:

**Главный врач
государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 8 города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края**
ОГРН 1022301978643* ИНН 2312057581

О.А. Саркисова

Приложение к Правилам комбинированного добровольного страхования трудовых мигрантов.

**Программа страхования «Комплексная медицинская помощь (СМП, ЭГ, АП, ДВ, Рп)»
(для трудовых мигрантов)**

Перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания:
Примечание: настоящая Программа страхования включает медицинские услуги, входящие в состав первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

Настоящая Программа страхования включает следующие страховые риски:

1. «Скорая медицинская помощь» (СМП)

Выезд бригады врачей скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи осуществляется на специализированном автомобиле, оснащенном современной медицинской техникой для интенсивной терапии в пределах территории страхования, указанной в Договоре.

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) вызов и контроль прибытия бригады скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи
при внезапном расстройстве здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующем срочного медицинского вмешательства;
- 2) проведение экспресс-диагностики бригадой скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи, купирование экстренного (неотложного) состояния;
- 3) медицинское сопровождение при транспортировке Застрахованного в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний.

Примечание: Врач бригады скорой помощи не выписывает рецептов и не выдает больничного листа. У Застрахованного остается выписка с указанием предварительного диагноза, оказанного и рекомендованного лечения, времени обслуживания, данными диагностики.

2. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ)

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) пребывание во время стационарного лечения в общих палатах профильного отделения (кроме палат консультативно-диагностических отделений);
- 2) проведение комплексного обследования Застрахованного в условиях стационара, необходимого для постановки диагноза заболевания, снятия угрозы жизни, явившегося причиной госпитализации;
- 3) медикаментозное обеспечение на весь период стационарного лечения по данному страховому случаю, включая используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»);
- 4) предоставление лечебной помощи (консервативного лечения и хирургических методик), проводимой в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре, включая используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов, с учетом п. 3.7.-3.9. Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016;
- 5) оформление медицинской документации (выписки из истории болезни, выписные рекомендации). Вся необходимая медицинская документация выдается Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству;
- 6) контроль объема и сроков оказания медицинских услуг врачами-экспертами Страховщика.

3. «Амбулаторная медицинская помощь» (АП)

I. Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) консультации и лечение у врача-терапевта, врачей-специалистов (за исключением врача-психиатра);
- 2) диагностические исследования: лабораторные, ультразвуковые, эндоскопическая диагностика, функциональная диагностика, рентгенологическое исследование (за исключением проведения ФЛГ в профилактических целях);
- 3) вызов врача на дом по медицинским показаниям и по предварительному обращению в диспетчерскую службу Страховщика.

II. Медицинская помощь, оказываемая в условиях травмпункта и амбулаторно-поликлинических Медицинских организаций:

- 1) осмотр врача-травматолога, наложение гипсовой иммобилизации, обработка и ушивание ран, вакцинация по показаниям, рентгенодиагностика;
- 2) медицинские манипуляции, которые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к

условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016, по назначению врача-терапевта и врачей-специалистов при наступлении страхового случая.

III. Оказание экстренной стоматологической помощи при острой зубной боли:

Простое и сложное удаление, прицельный снимок зуба, терапевтическое с применением пломбировочных материалов российских производителей.

IV. Оформление необходимой медицинской документации:

Экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

4. «Досрочное возвращение Застрахованного» (ДВ)

Осуществляется на условиях Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016 (расходы Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

5. «Репатриация» (Рп)

Осуществляется на условиях Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016 (расходы на репатриацию тела умершего Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

В случае смерти Застрахованного необходимо сообщить об этом по телефону ООО «Универсальная Ассистанская Компания» (Класс-Ассист): (812) 644 7292

