Зарегистрировано в Минюсте России 25 ноября 2021 г. N 65977

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

**от 12 ноября 2021 г. N 1051н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ФОРМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМЫ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

В соответствии с [частью 8](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l612) статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) и [подпунктом 5.2.19](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=405937#l574) пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства согласно приложению N 1;

форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно приложению N 2;

форму отказа от медицинского вмешательства согласно приложению N 3.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 20 декабря 2012 г. N 1177н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=259384#l0) "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 10 августа 2015 г. N 549н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=258501#l0) "О внесении изменения в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 17 июля 2019 г. N 538н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=342227#l0) "О внесении изменений в порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 августа 2019 г., регистрационный N 55665).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2022 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

*Министр*

*М.А. МУРАШКО*

*Приложение N 1*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

**ПОРЯДОК ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка.

--------------------

<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного [частью 5](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l242) статьи 47 и [частью 2](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l272) статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) <2>, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

--------------------

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165.

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста) <3>.

--------------------

<3> В соответствии с [частью 2](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l609) статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача <4> при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

--------------------

<4> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [от 26 апреля 2012 г. N 406н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=199167#l0) "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный N 24278).

4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 2 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 2 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l114) статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ <5>.

--------------------

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 10, ст. 888.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 3 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя <6>.

--------------------

<6> В соответствии с [пунктом 22](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=230079#l19) Правил использования простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 25 января 2013 г. N 33 "Об использовании простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 5, ст. 377; 2018, N 49, ст. 7600).

*Приложение N 2*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

                                                             Форма

               Информированное добровольное согласие

                   на медицинское вмешательство

    Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

                     либо законного представителя)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный

    (дата рождения гражданина

   либо законного представителя)

 по адресу:

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

   (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

 проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (указывается в случае проживания не по месту

                                       регистрации)

 в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при

                 подписании согласия законным представителем)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего

 (дата рождения пациента при подписании

         законным представителем)

 по адресу:

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

        (в случае проживания не по месту жительства законного

                             представителя)

 даю  информированное  добровольное  согласие  на  виды медицинских

 вмешательств, включенные в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) определенных видов медицинских

 вмешательств,    на    которые    граждане    дают информированное

 добровольное  согласие  при выборе врача и медицинской организации

 для  получения  первичной  медико-санитарной  помощи, утвержденный

 приказом   Министерства   здравоохранения   и социального развития

 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды

 медицинских  вмешательств,  включенных  в Перечень), для получения

 первичной     медико-санитарной     помощи/получения     первичной

 медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я

 являюсь (ненужное зачеркнуть)

 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

             (полное наименование медицинской организации)

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                   (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

                                  медицинского работника)

 в  доступной  для  меня форме мне разъяснены цели, методы оказания

 медицинской  помощи,  связанный  с  ними  риск, возможные варианты

 медицинских  вмешательств, их последствия, в том числе вероятность

 развития  осложнений,  а  также предполагаемые результаты оказания

 медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от

 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в

 Перечень,  или  потребовать  его  (их) прекращения, за исключением

 случаев, предусмотренных [частью 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l114) статьи 20 Федерального закона от

 21  ноября  2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

 Российской Федерации".

    Сведения  о  выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому

 (которым)   в   соответствии   с   [пунктом 5](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=396304#l105)   части 5  статьи  19

 Федерального  закона  от  21  ноября  2011 г. N 323-ФЗ "Об основах

 охраны   здоровья   граждан   в   Российской Федерации" может быть

 передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица,

 законным  представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

 в том числе после смерти:

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

 (фамилия,  имя,  отчество  (при  наличии)  гражданина,  контактный

                              телефон)

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

 (фамилия,  имя,  отчество  (при  наличии)  гражданина,  контактный

                              телефон)

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

  (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или

                      его законного представителя, телефон)

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

  (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского

                                  работника)

                                                "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

                                                 (дата оформления)

 <1>  Зарегистрирован  Министерством юстиции Российской Федерации 5

 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

*Приложение N 3*

*УТВЕРЖДЕНО*

*приказом Министерства*

*здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. N 1051н*

                                                             Форма

                  Отказ от медицинского вмешательства

    Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_ г. рождения,

   (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина

                    либо законного представителя)

 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                               (адрес места жительства гражданина

                                  либо законного представителя)

 в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_ г. рождения,

    (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения

          при подписании отказа законным представителем)

 при     оказании     мне     (представляемому     лицу)  первичной

 медико-санитарной помощи

 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (полное наименование медицинской организации)

 отказываюсь   от   следующих   видов   медицинских   вмешательств,

 включенных в [Перечень](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=198250#l2) определенных видов медицинских вмешательств,

 на которые граждане дают информированное добровольное согласие при

 выборе  врача  и  медицинской  организации для получения первичной

 медико-санитарной   помощи,   утвержденный   приказом Министерства

 здравоохранения  и   социального  развития  Российской   Федерации

 от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                     (наименование вида (видов)

                                     медицинского вмешательства)

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

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                   (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

                               медицинского работника)

 в  доступной  для  меня форме мне разъяснены возможные последствия

 отказа  от  вышеуказанных  видов  медицинских  вмешательств, в том

 числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

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

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

 (указываются   возможные   последствия   отказа  от вышеуказанного

 (вышеуказанных)  вида  (видов)  медицинского  вмешательства, в том

   числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

 Мне    разъяснено,    что    при    возникновении  необходимости в

 осуществлении    одного    или    нескольких    видов  медицинских

 вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею

 право  оформить  информированное  добровольное  согласие  на такой

 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

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

  (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или

                       законного представителя гражданина)

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

  (подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского

                                  работника)

                                                "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

                                                 (дата оформления)

 <1>  Зарегистрирован  Министерством юстиции Российской Федерации 5

 мая 2012 г., регистрационный N 24082.