**Лаборатория**

Договор

на оказание платных медицинских услуг

г. Калининград «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая больница Калининградской области № 2», Адрес: 236020, г. Калининград, пгт Прибрежный ул. Заводская, д.13 данные свидетельства о регистрации /листа записи ЕГРЮЛ, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ серии 39 № 0014778910 от 24.11.2011 г.,

ОГРН 1023901863842, Орган, осуществляющий государственную Регистрацию Межрайонная ИФНС России №1 по Калининградской области; лицензия № Л041-01157-39/00365688 от 16.05.2017 г. (на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по:

Оказываемые услуги: 236020, Калининградская область, пгт. Прибрежный, ул. Заводская, д.13: При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);офтальмологии; педиатрии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии терапевтической; терапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: психиатрическому освидетельствованию. Оказываемые услуги: 238404, Калининградская область, Правдинский район, пос. Домново, ул. Иркутско-Пинской дивизии, д.7 При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; психиатрии; сестринскому делу. со сроком действия бессрочно выданной МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (ИНН: 3905070063, ОГРН: 1053900190387)

в лице и.о. главного врача Кожуховой Эльвиры Нуримановны, действующей на основании Устава учреждения, именуемого в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны,

и гражданин (гражданин РФ, гражданин иного государства, лицо без гражданства) (нужное подчеркнуть)

«Потребитель» ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/число/год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданин (ка), именуемый в дальнейшем «Законный представитель Потребителя» :

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/число/год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Заказчик» ФИО

Дата рождения (месяц/число/год) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**с другой стороны**, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (далее — Услуги), отвечающие условиям лицензии и требованиям действующего законодательства, в том числе – требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения «Исполнителя» в день обращения Потребителя.

1.3. Заказчик (Потребитель) согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

1.4. В результате оказания медицинских услуг Исполнителем Заказчику выдается медицинская справка или заключение.

1.5. *При заключении Договора до меня доведена информация о возможности получения указанных в п.1.1. настоящего Договора медицинских услуг бесплатно, оказываемых согласно территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

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

*Подпись Заказчика (Потребителя)*

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

*Ф.И.О. Заказчика (Потребителя)*

**2. Права и обязанности сторон.**

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Дать письменное согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных Потребителя.

2.1.2. Дать информированное добровольное согласие на обследование и медицинское вмешательство.

2.1.3.Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанные в [п. 3](consultantplus://offline/ref=0CC97BC21BB0D8BB618EE82023B1C225447E63634CF4280D697B53E50722813CB59D8A66D827DDE957F4A753r3N) настоящего Договора.

2.1.4. До начала оказания услуги сообщить врачу сведения о наличии у Потребителя

инфекционных заболеваний, аллергических реакций или противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедур.

2.1.5. Выполнять рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время получения услуги, обеспечивающие качественное предоставление услуги.

2.1.6. Соблюдать правила поведения пациентов в общественных местах, режим работы медицинского учреждения.

2.2. Заказчик имеет право:

2.2.1. Получить от Исполнителя полную достоверную информацию об объеме и условиях оказания услуги, включая сведения о квалификации врача, наличии лицензии на оказание данной услуги, стоимости услуги.

2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья или здоровья Потребителя, данные диагностических обследований, результаты анализов и т.д.

2.2.3. Отказаться от получения услуги до момента ее начала или до момента завершения с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги, а также оплаты оказанных без его согласия услуг, а если они уже оплачены – потребовать возврата уплаченных за них сумм.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, действующими порядками оказания медицинской помощи в срок, указанный в [п. 1.2.](consultantplus://offline/ref=0CC97BC21BB0D8BB618EE82023B1C225447E63634CF4280D697B53E50722813CB59D8A66D827DDE957F4A453r0N) настоящего Договора.

2.3.2. Соблюдать конфиденциальность информации о состоянии здоровья Потребителя (врачебную тайну).

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. В одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение обязательств по настоящему договору при неисполнении Заказчиком своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость услуг, указанных в [п. 3.1.](consultantplus://offline/ref=0CC97BC21BB0D8BB618EE82023B1C225447E63634CF4280D697B53E50722813CB59D8A66D827DDE957F4A753r4N) настоящего договора, за вычетом фактически понесенных затрат.

2.4.2. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровью Потребителя.

3. Объем услуг, стоимость договора

3.1. «Исполнитель» берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающее требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Кол-  во | Срок исполнения | Цена по Прейскуранту | Сумма к оплате в руб. |
|  |  |  |  |  |  |

3.2. Стоимость договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.3. Стоимость услуг определяется утвержденным Перечнем (Прейскурантом), действующим на момент заключения договора.

3.4. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях стационара и поликлиники, согласно режиму работы.

3.5. Результат оказания услуги получает по месту оказания услуг в течение \_\_\_\_ рабочих дней.

3.6. Оказание дополнительных платных услуг осуществляется только после получения письменного согласия Заказчика (Потребителя), путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору. Предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, оказывается без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3.7. Заказчик (Потребитель) обязан оплатить оказанные ему услуги при получении результата оказания услуг.

3.8. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через расчетный счет в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.9. С согласия Заказчика (Потребителя) медицинские услуги могут быть оплачены им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.

3.10. При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенного аванса Заказчику (Потребителю) наличными в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Заказчика (Потребителя).

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе [Законом](consultantplus://offline/ref=0CC97BC21BB0D8BB618EF62D35DD9C2C417438684DF827533C2408B85052rBN) Российской Федерации "О защите прав потребителей".

**5. Срок действия договора.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

5.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

5.3. В случае отказа Потребителя, после заключения договора, от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**6. Заключительные положения**

6.1. Подписывая данный договор, Заказчик (Потребитель) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

6.2. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем) на основании запроса о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

6.3. Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения цели. Обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.4. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ и РБ, Федеральным законом от 07.02.1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», [Постановление](consultantplus://offline/ref=0C7EDE5664CB58C4EC221CB394078E449CFBE2C5533635B755DE6CEDEB06A4CB19955A1764B2w7I)м Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

6.5.  Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае, если договор заключается между Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

6.6. Приложения к настоящему договору (являются его неотъемлемой частью):

Приложение 1 - Уведомление потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу);

Приложение 2 - Форма «Отказ от медицинского вмешательства»;

Приложение 3 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**7. Адреса и платежные реквизиты сторон.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исполнитель  Государственное бюджетное учреждение  здравоохранения «Психиатрическая больница  Калининградской области № 2»  Адрес: 236020, г. Калининград, пгт Прибрежный ул. Заводская, д.13  данные свидетельства о регистрации /листа записи ЕГРЮЛ, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ серии 39 № 0014778910 от 24.11.2011 г.,  ОГРН 1023901863842  Орган, осуществляющий государственную  Регистрацию Межрайонная ИФНС России №1  по Калининградской области  тел. 8 (4012) 73-94-48;  бухгалтерия 8 (4012) 73-94-55  И.о. главного врача   |  | | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.Н. Кожухова  М.П. | | Потребитель (законный представитель/заказчик)  Паспортные данные   |  |  | | --- | --- | |  | серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ф.и.о. |

**Подтверждение Заказчиком получения услуги**:

1. Исполнителем были выполнены работы и оказаны Заказчику услуги, указанные в п. 1.1 Договора.

2. Выполненные работы и оказанные услуги соответствуют требованиям, установленным условиями договора, выполнены в срок, оформлены в надлежащем порядке и полностью приняты Заказчиком.  
Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема выполненных работ и оказанных услуг.

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

Подпись Ф.И.О.

**В случае необходимости указать иное**:

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

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

№ и дата платежного документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_