

Поставщик и его адрес:	Общество с ограниченной ответственностью "АСГ МедСервис" 220007, г. Минск, ул. Жуковского, 11а-11-1 № BY08OLMP30120001101680000933, Банк: ОАО "Белгазпромбанк" г. Минск, ул. Притыцкого, 60/2 БИК OLMPBY2X тел. +375293640016 E-mail: info.asgmed@gmail.com УНП 192702493	СЧЕТ-ПРОТОКОЛ согласования свободных договорных цен на товары (продукцию) № Т-000692 от 24 марта 2026 г.
Покупатель и его адрес:	Лавринович Екатерина Ивановна, +375 29 217 87 24 паспорт №, выдан г. Минск, ул. Аэродромная, д. 32, кв. 241	

Предмет счета	Ед. изм.	Количество	Свободная отпускная цена предприятия-изготовителя или торговца, руб. коп.	Надбавка, %	Отпускная цена, руб. коп.	Отпускная стоимость, руб. коп.	Ставка НДС, %	Сумма НДС, руб. коп.	Сумма с НДС, руб. коп.
Вертикализатор (Опора нижних конечностей и туловища для обеспечения вертикализации и передвижения) для инвалидов, детей-инвалидов и детей с заболеванием ДЦП, модель Coco LIW Sage, размер 3	шт	1	10 475,00		10 475,00	10 475,00	20 %	2 095,00	12 570,00
Итого:						10 475,00	x	2 095,00	12 570,00

Сумма НДС:

Две тысячи девяносто пять белорусских рублей 00 копеек

Всего:

Двенадцать тысяч пятьсот семьдесят белорусских рублей 00 копеек

ВНИМАНИЕ!!!

Счет действителен до: 27 марта 2026 г.

При получении товара необходимо:

- Иметь при себе
 - подписанный экземпляр счета-протокола
 - доверенность
- Знать УНП



Покупатель

МП

Поставщик и его адрес:	Общество с ограниченной ответственностью "АСГ МедСервис" 220007, г. Минск, ул. Жуковского, 11а-11-1 № BY08OLMP30120001101680000933, Банк: ОАО "Белгазпромбанк" г. Минск, ул. Притыцкого, 60/2 БИК OLMPBY2X тел. +375293640016 E-mail: info.asgmed@gmail.com УНП 192702493	СЧЕТ-ПРОТОКОЛ согласования свободных договорных цен на товары (продукцию) № Т-000693 от 24 марта 2026 г.
Покупатель и его адрес:	Лавринович Екатерина Ивановна паспорт №, выдан г. Минск, ул. Аэродромная, д. 32, кв. 241	

Предмет счета	Ед. изм.	Количество	Свободная отпускная цена предприятия-изготовителя или импортера, руб. коп.	Надбавка, %	Отпускная цена, руб. коп.	Отпускная стоимость, руб. коп.	Ставка НДС, %	Сумма НДС, руб. коп.	Сумма с НДС, руб. коп.
Детская инвалидная коляска ДЦП Patron Jacko Streeker Maxi Patron. Цвет серый, с доп. комплектацией. 4-х точечные ремни. Клип	шт	1	7 708,33		7 708,33	7 708,33	20 %	1 541,67	9 250,00
Итого:						7 708,33	х	1 541,67	9 250,00

Сумма НДС:

Одна тысяча пятьсот сорок один белорусский рубль 67 копеек

Всего:

Десять тысяч двести пятьдесят белорусских рублей 00 копеек

ВНИМАНИЕ!!!

Счет действителен до: 27 марта 2026 г.

При получении товара необходимо:

- Иметь при себе
 - подписанный экземпляр счета-протокола
 - доверенность
- Знать УНП



Покупатель

МП

Учреждение здравоохранения
«13-я городская детская клиническая поликлиника»
ул. Кижеватова, д. 60, корп. 1, 220024, г. Минск

«13-я городская детская
клиническая поликлиника»
ул. Лейтенанта Кижеватова, д. 5
220065, г. Минск

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

Форма 1 здр/у-10

Дана _____ Лавриновичу Тимофею Ивановичу
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ 18.09.2019г _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства Ул. Аэродромная, 32-241

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Является инвалидом детства с возраста 1 года

(указываются сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, аллергологический анамнез)

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведений о прививках и прочее) _____

Вес 22 _____ рост 119см _____ артериальное давление _____

Осмотр на заразные кожные заболевания, педикулез _____

В контакте с инфекционными больными в течение 21 дня не был(а).

Учреждение здравоохранения
«13-я городская детская клиническая поликлиника»
ул. Кижеватова, д. 60, корп. 1, 220024, г. Минск

«13-я городская детская
клиническая поликлиника»
ул. Лейтенанта Кижеватова, д. 5
220065, г. Минск

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

Форма 1 здр/у-10

Дана _____ Лавриновичу Марку Ивановичу
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ 18.09.2019г _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства Ул. Аэродромная, 32-241

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Является инвалидом детства с возраста 1 года

(указываются сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, аллергологический анамнез)

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведений о прививках и прочее) _____

Вес 22,5 _____ рост 119см _____ артериальное давление _____

Осмотр на заразные кожные заболевания, педикулез _____

В контакте с инфекционными больными в течение 21 дня не был(а).

Сведения о прививках

Заключение

Диагноз:

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия с выраженными двигательными и координатными нарушениями со способностью к передвижению GMFCS 2-3 уровня.

Группа здоровья IV

Группа по физической культуре ЛФК

Рекомендации

Нуждается в обеспечении ТССР (вертикализатор, столик рабочий с фиксированным положением)

Дата выдачи справки

Срок действия справки 31 октября 2027 года

Врач

(подпись)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением, председатель
комиссии)

М.П.



(инициалы, фамилия)

(инициалы, фамилия)

Сведения о прививках

Заключение

Диагноз:

Детский церебральный паралич, спастическая диплегия с выраженными двигательными и координатными нарушениями со способностью к передвижению GMFCS 2-3 уровня.

Группа здоровья IV

Группа по физической культуре ЛФК

Рекомендации

Нуждается в обеспечении ТССР (вертикализатор, столик рабочий с фиксированным положением, кресло коляска)

Дата выдачи справки

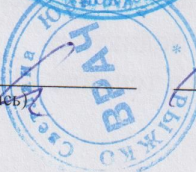
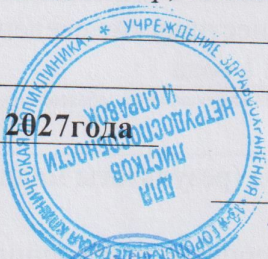
Срок действия справки 31 октября 2027 года

Врач

(подпись)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением, председатель
комиссии)

М.П.



(инициалы, фамилия)

(инициалы, фамилия)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА
 Серия 15 № 0068455

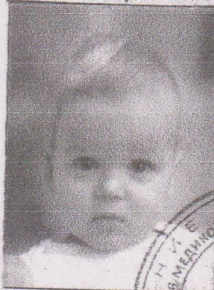


Лавринович
 (фамилия)
Тимофеев
 (имя)
Иванович
 (отчество)
 (личная подпись)

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.

(название медико-реабилитационной экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)
 «04» Либавя 2021 г.
 (дата выдачи)
 (подпись председателя МРЭК)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА
 Серия 15 № 0068456



Лавринович
 (фамилия)
Марк
 (имя)
Иванович
 (отчество)
 (личная подпись)

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.

(название медико-реабилитационной экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)
 «04» Либавя 2021 г.
 (дата выдачи)
 (подпись председателя МРЭК)

Установлена инвалидность с 04.12.2020 по 31.12.2021
 Причина инвалидности ребенок-инвалид
 (название медико-реабилитационной экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)
 М.П. (подпись председателя МРЭК)
 Продлена (установлена) группа инвалидности с 04.12.2020 по 31.12.2021
 Причина инвалидности инвалидность в результате болезни
 М.П. (подпись председателя МРЭК)
 Продлена (установлена) группа инвалидности с _____ по _____
 Причина инвалидности _____
 М.П. (подпись председателя МРЭК)

Установлена инвалидность с 04.12.2020 по 31.12.2021
 Причина инвалидности ребенок-инвалид
 (название медико-реабилитационной экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)
 М.П. (подпись председателя МРЭК)
 Продлена (установлена) группа инвалидности с 04.12.2020 по 31.12.2021
 Причина инвалидности инвалидность в результате болезни
 М.П. (подпись председателя МРЭК)
 Продлена (установлена) группа инвалидности с _____ по _____
 Причина инвалидности _____
 М.П. (подпись председателя МРЭК)

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка) Лаўрыновіч
 Цімафей Іванавіч
 ідэнтыфікацыйны № 7669105A002PB2
 нарадаўся(пася) 18.09.2019 васямнацатага верасня дзве
тысячы дзевятнацатага года

аб чым у кнізе рэгістрацыі актаў аб нараджэнні
 з зроблен запіс за № 27 чысла верасня 2019 года
 Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) Беларусь

вобласць (край) _____
 раён _____
 горад (пасёлак, сяло, вёска) г. Мінск

БАЦЬКІ:
 Бацька Лаўрыновіч
 Іван Анатольевіч
 уласнае імя, імя па бацьку беларус

нацыянальнасць _____
 Маці Лаўрыновіч
 Кацярына Іванаўна
 уласнае імя, імя па бацьку беларуска

нацыянальнасць _____
 Месца рэгістрацыі нараджэння Аддзел ЗАГС адміністрацыі
Кастрычніцкага раёна горада Мінска

Дата выдання 27 верасня 2019 г.
 Крэўдальнік органа загіста К.Я. Васільева

М. П. 1140771

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка) Лавринович
 Тимофей Иванович
 идентификационный № 7669105A002PB2
 родился(лась) 18.09.2019 восемнадцатого сентября две
тысячи девятнадцатого года

о чем в книге регистрации актов о рождении
 за № 27 числа сентября 2019 года
 произведена запись за № 977
 Место рождения: республика (государство) Беларусь

область (край) _____
 район _____
 город (посёлок, село, деревня) г. Минск

РОДИТЕЛИ:
 Отец Лавринович
 Иван Анатольевич
 собственное имя белорус

национальность _____
 Мать Лавринович
 Екатерина Ивановна
 собственное имя белоруска

национальность _____
 Место регистрации рождения Отдел ЗАГС администрации
Октябрьского района г. Минска

Дата выдачи 27 сентября 2019 г.
 Руководитель органа загса К.Е. Васильева

М. П. 1140771

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка)

Лаўрыновіч

Марк Іванавіч

Уласнае імя: 7355908A002PB9

Ідэнтыфікацыйны №

Нарадзіўся(пася)

18.09.2019

васемнаццаціга верасня дзве

тысячы дзевятнаццатага года

аб чым у кнізе рэгістрацыі актаў аб нараджэнні

27

чысла

верасня

2019

года

Зроблен запіс за №

978

Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава)

Беларусь

вобласць (край)

раён

горад (пасёлак, сяло, вёска)

г. Мінск

БАЛЫКІ:

Бацька

Лаўрыновіч

Іван Анатольевіч

Нацыянальнасць

беларус

Маці

Лаўрыновіч

Кацярына Іванаўна

Нацыянальнасць

беларуска

Месца рэгістрацыі нараджэння

Аддзел ЗАГС адміністрацыі

Кастрычніцкага раёна горада Мінска

Дата выдання

27

верасня

20 19

г.

Караўнік, адрас заставы

К.Д. Васільева

М.П.

І-ВН № 1140772

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка)

Лавринович

Марк Иванович

содержательное: 7355908A002PB9

Идентификационный №

Родился(лась)

18.09.2019

восемнадцатого сентября две

тысячи девятнадцатого года

о чем в книге регистрации актов о рождении

27

числа

сентября

2019

года

Произведена запись за №

978

Место рождения: республика (государство)

Беларусь

область (край)

район

город (посёлок, село, деревня)

г. Минск

РОДИТЕЛИ:

Отец

Лавринович

Иван Анатольевич

Национальность

белорус

Мать

Лавринович

Екатерина Ивановна

Национальность

белоруска

Место регистрации рождения

Отдел ЗАГС администрации

Октябрьского района г. Минска

Дата выдачи

27

сентября

20 19

г.

Руководитель органа заставы

К.Е. Васильева

М.П.

І-ВН № 1140772

ВЫПИСКА
из медицинских документов

Дана: Лавринович Марк Иванович

Дата рождения: 18.09.2019

Пол: мужской

Место жительства: г.Минск, ул.Аэродромная 32-241.

Выписка дана для предоставления: Минское УЗО

В том, что он (она) находился (лась) на амбулаторном лечении в БОЦМР «Тонус»
(дневной стационар) с 23.02.2026 по 13.03.2026

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения). В контакте с инфекционными больными не был (а).
Выписан(а) в удовлетворительном состоянии.

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее). Неврологический статус: Эффект реабилитации – незначительное улучшение в пределах ФК. Черепные нервы – расходящееся косоглазие, легкий псевдобульбарный синдром. Объем активных и пассивных движений ограничен в тазобедренных, коленных, голеностопных суставах. Двигательные навыки: поворачивается на живот, передвигается «перекатом». Мышечная сила снижена до 2-3 баллов. Мышечный тонус изменен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы высокие, без четкой разницы сторон. Тонические рефлексы – СШТР +. Тонкая моторика нарушена; активнее пользуется левой рукой, захват в пронации. Координация движений нарушена. Эмоциональные и поведенческие реакции: вступает в общение спустя время, стеснителен; в речи – простая фраза, звукопроизношение нарушено.

Консультация логопеда: 24.02.2026 Дизартрия, общее недоразвитие речи (II-III уровень речевого развития).

Консультация ортопеда: 23.02.2026 Ограничены движения в коленных, голеностопных суставах. Дисплазия тазобедренных суставов. Эквинувальгусная установка стоп.

Консультация психиатра: 03.03.2026 F83.

Консультация психолога: 23.02.2026 Умеренно-выраженное отставание в психическом развитии.

Диагноз:

а) основного заболевания: G80.0-Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез 3 степени тяжести с выраженными стойкими двигательными нарушениями. ФК-4, КРГ-3.2, РП-средний. GMFCS 4 уровень.

б) сопутствующего: F83.

M95.8-Дисплазия тазобедренных суставов.

H35.0-Ретинопатия недоношенных, рубцовая фаза.

H50.1-Содружественное, расходящееся, альтернирующее косоглазие, преимущественно левого глаза с вертикальным компонентом.

H52.0-Гиперметропия слабой степени обоих глаз.

Q20.8-МАРС (АХЛЖ).

Проведенное лечение: ЛФК и массаж, лечение положением, экзоскелет, тренажер "Орторент-моторика", бальнеотерапия, магнитолазеротерапия на сгибатели конечностей, аппарат "Сета-ТМ" на голени, иглорефлексотерапия, артикуляционный массаж, музыкотерапия, сенсорная интеграция.

Рекомендации: Повторный курс реабилитации с 12.10.26 по 06.11.26.

Свой проезд подтвердить за неделю до вышеуказанной даты 05.10.26 по т. 8 (0162) 34-26-09.

Диспансерное наблюдение у невролога, ортопеда, офтальмолога по месту жительства.

Посещение ЦКРО и Р по месту жительства.

Физическая реабилитация: Активные и пассивные движения в суставах конечностей с целью профилактики контрактур. Адекватное позиционирование в течение дня.

Медикаментозная терапия: У невролога поликлиники по месту жительства.

Ортопедическая коррекция: Ортопедическая обувь. Ортезы на нижние конечности.

Психолого-педагогическая коррекция: Эмоциональное развитие.

При поступлении на повторный курс реабилитации необходимо предоставить:

- **Направление на реабилитацию, выданное:**
 - главным внештатным детским неврологом г.Минска.
 - или неврологом (участковым педиатром) поликлиники по месту жительства с подписью зам. главного врача по медицинской части поликлиники по месту жительства или ВКК поликлиники по месту жительства (направление действительно 1 месяц);
- Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка, форма Издр\у-10 (срок действия 5 дней), где указываются: - перенесенные заболевания, - проведенное лечение и обследования в межкурсовом периоде; - данные общего анализа крови, - общего анализа мочи, - кала на яйца глистов (действительны 6 мес.); - соскоб на энтеробиоз (действителен 10 дней); - сведения о прививках ребенка; - сведения - был ли ребенок в контакте с инфекционными больными по месту жительства и в организованном коллективе в течение 7-35 дней.
- ЭКГ 1 раз в год, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы консультация кардиолога с рекомендациями по физической нагрузке.
- Лицу, осуществляющему уход за ребенком - флюорографию (1 раз в год).
- Иметь при себе документы, подтверждающие инвалидность и степень утраты здоровья.

Дата выдачи выписки: 13.03.2026

Врач: _____ В.О.Вечорко

МП

ВЫПИСКА

из медицинских документов

Дана: Лавринович Тимофей Иванович

Дата рождения: 18.09.2019

Пол: мужской

Место жительства: г.Минск, ул.Аэродромная 32-241.

Выписка дана для предоставления: Минское УЗО

В том, что он (она) находился (лась) на амбулаторном лечении в БОЦМР «Тонус»

(дневной стационар) с 23.02.2026 по 13.03.2026

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения). В контакте с инфекционными больными не был (а).

Выписан(а) в удовлетворительном состоянии.

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее). Неврологический статус: Эффект реабилитации - незначительное улучшение в пределах ФК. Черепные

нервы - слабость конвергенции. Объем активных и пассивных движений ограничен в коленных, голеностопных суставах.

Двигательные навыки: ползает на четвереньках, поднимается, ходит ~~от~~ опоры к опоре, шаг асимметричен. Мышечная сила снижена. Мышечный тонус изменен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы высокие s>d.

Тонические рефлексы +. Тонкая моторика снижена; развита правая рука. Координация движений нарушена.

Эмоциональные и поведенческие реакции: в поведении упорядочен; в речи - предложения, звукопроизношение нарушено.

Консультация логопеда: 24.02.2026 Дизартрия.

Консультация ортопеда: 23.02.2026 Походка - спастическая. Ограничены движения в коленных, голеностопных суставах. Укорочение слева до 0,5 см. Эквinovальгусная установка стоп.

Консультация психиатра: 03.03.2026 F80.0.

Консультация психолога: 23.02.2026 Уровень психического развития приближен к условно-возрастной норме.

Диагноз:

а) основного заболевания: G80.1-Детский церебральный паралич: спастическая диплегия 2 степени тяжести с выраженными двигательными нарушениями. ФК-2, КРГ-3.2, РП-средний. GMFCS 3 уровень.

б) сопутствующего: F80.0.

M95.8-Дисплазия тазобедренных суставов.

H52.0-Гиперметропия слабой степени обоих глаз.

Q20.8-МАРС (ДХЛДЖ).

Проведенное лечение: ЛФК и массаж, экзоскелет, лечение положением, тренажер "Орторент-моторика", бальнеотерапия, магнитолазеротерапия на сгибатели конечностей, аппарат "Сета-ТМ" на верхние конечности и голени, иглорефлексотерапия, коррекция речевых нарушений, коррекция тонкой моторики, музыкотерапия, нервномышечная релаксация, сенсорная интеграция.

Рекомендации: Повторный курс реабилитации с 12.13.14.10.26 по 06.11.26.

Свой приезд подтвердить за неделю до вышеуказанной даты 05.10.26 по т. 8 (0162) 34-26-09.

Диспансерное наблюдение у невролога, ортопеда, офтальмолога по месту жительства.

Посещение ЦКРО и Р по месту жительства.

Физическая реабилитация: Самостоятельная ходьба, учиться останавливаться по команде. Активные и пассивные движения в суставах конечностей с целью профилактики контрактур.

Медикаментозная терапия: У невролога поликлиники по месту жительства.

Ортопедическая коррекция: Ортопедическая обувь.

Психолого-педагогическая коррекция: Эмоциональное развитие.

При поступлении на повторный курс реабилитации необходимо предоставить:

- **Направление на реабилитацию, выданное:**
 - главным внештатным детским неврологом г.Минска.
 - или неврологом (участковым педиатром) поликлиники по месту жительства с подписью зам. главного врача по медицинской части поликлиники по месту жительства или ВКК поликлиники по месту жительства (направление действительно 1 месяц);
- Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка, форма Издр/у-10 (срок действия 5 дней), где указываются: - перенесенные заболевания, - проведенное лечение и обследования в межкурсовом периоде; - данные общего анализа крови, - общего анализа мочи, - кала на яйца глистов (действительны 6 мес.); - соскоб на энтеробиоз (действителен 10 дней); - сведения о прививках ребенка; - сведения - был ли ребенок в контакте с инфекционными больными по месту жительства и в организованном коллективе в течение 7-35 дней.
- ЭКГ 1 раз в год, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы консультация кардиолога с рекомендациями по физической нагрузке.
- Лицу, осуществляющему уход за ребенком - флюорографию (1 раз в год).
- Иметь при себе документы, подтверждающие инвалидность и степень утраты здоровья.

Дата выдачи выписки: 13.03.2026

Врач:

В.О.Вечорко

МП