

## КЕЛІСІМ ШАРТ № \_\_\_\_\_

Ойыл селосы

« 9 » 08 2025 ж.

"Ақтөбе облысының білім басқармасы Ойыл ауданының білім бөлімі" мемлекеттік мекемесінің "Балдырған" бөбекжай-бақшасы" мемлекеттік коммуналдық қазыналық кәсіпорынының Жарлығы негізінде, аталған «Мекеме» меңгерушісі Бисебаева Асел Каржауовна мен ата-аналар арасындағы келісім – шарты.

Әкесі: Нуртәліев Арыс Мақсұтұлы  
Құрметті. Оқушылар үйі  
(Аты-жөні, толық жұмыс орны, қызметі, телефоны.)

Анасы: Қағашова Жарқинал Аманжолқызы  
Жұмыссыз  
(Аты-жөні, толық жұмыс орны, қызметі, телефоны.)

Аты аталған «Ата-ананың» баласы Мақсұт Әліхан «29»04 2023ж.  
(Баланың аты-жөні туган күні, жылы)

Екінші жақтан осы келісім шарт құрылды:

### 1. Мекеме міндеті:

Баланы 2 мен 5 жас аралығындағы топқа құрылтайшы жолдамасы мен медициналық карта және туу туралы куәлік көшірмесі мен ата-анасының жеке куәлік көшірмесін негізге ала отырып жасына сай топқа қабылдау.

Балаға мынадай жағдай жасау: күтім, қадағалау, тәрбиелеу мен оқыту, денсаулығын нығайту мен қорғау, жеке парасаттылық және шығармашылық дамуына, баланың көтеріңкі көңіл-күйіне жағдай жасау, оның абыройын қорғау.

№615 17.08.2017 жылғы санитарлық ереже мен мөлшер келісімімен, тамақтың құнарлылығын қамтамасыз ету.

Сабақты бекітілген сабақ жоспары мен кестесіне және Мемлекеттік стандарт талаптарына сай өткізу.

Бала сырқаттанған кезінде, санаторлық емделу, ата-анасының демалысында, жазғы мерзім кезіндегі баланың денсаулығын нығайтуда 2 айға дейін орны сақталады.

### 2. Жұмыс кестесі:

Күндізгі жұмыс кестесі (5 күндік);

Жарғы келісімі бойынша, баланың қатысымы 08:00с. – 18:30с. дейін, ертеңгілік қабылдау 08:00 с. – 08:30 с. дейін.

### 3. Ата-аналар міндеті:

Баланың тамақтану төлем ақысы әр ағымдағы айдың 10-на дейін уақытында төленуі керек.

Бала ауырған жағдайда 2 күннен қалдырмай бала бақша әкімшілігіне хабарлауы қажет;

Белгілі себептерге байланысты немесе ата-аналардың еңбек демалысына байланысты, баланың орны сақталуы үшін арыз қалдыру;

Мекемеде орын алған кемшіліктерді түзеу үшін мекеме басшылығын хабардар ету;

16 жасқа жетпеген және бөгде адамдарға баланы сеніп тапсыруға болмайды, егер сенген жағдайда ата-аналар сенім хат жазуы керек.

### 4.1. Ақтөбе облысы әкімдігінің 2025 жылғы 20 қаңтардағы № 5 қаулысы негізінде тамақтану үшін төлем мөлшері күніне - 700 теңге.

### 5. Кәсіпорын құқылы:

5.1. Ата-аналармен тығыз жұмыс жасай отырып, баланы тәрбиелеу мен оқыту әдістерін таңдау, талдау және қолдана отырып, кәсіпорын жарғысына сәйкес қосымша ақылы қызмет көрсету;

5.2. Баланы шығару жағдайлары:

- баланың айлық төлем ақысын уақытында төлемегені үшін (1айдан асса);

- ата-ана арызы бойынша баланың денсаулығына байланысты дәрігердің қорытынды қағазы негізінде баланың балабақшада қала алмауы;

- әкімшілікке ескертусіз 1 ай көлемінде балабақшаға себепсіз келмеген жағдайда.

5.3. Баланы тәрбиелеу мен оқытуда Ата-аналарға білікті ақыл-кеңес беру және көмек көрсету.

5.4. Бала саны азайған жағдайда (жазғы кезеңде) басқа топтарға ауыстыру.

5.5. Балабақшада қымбат әшекей бұйымдардың сақталуын жауапкершілікке алмайды.

5.6. Ата-аналарды 3 жұмыс күні ішінде хабардар ете отырып, құрылтайшының бұйрығымен мекеме баланың төлем ақысын көтеруге құқылы. Бұйрық шығарылып, өзгерістері келісім шартқа енгізілуі тиіс.

5.7. Ата-аналар келісім шарттағы жағдайларды жиі орындамаған жағдайда, оларға 10 күн бұрын хабарлама жасап, келісім шартты уақытынан бұрын бұзуға құқылы.

5.8. Осы келісім- шартты уақытынан бұрын бір жақты бұзуға болады.

#### 6. Ата-аналар құқылы:

6.1. Мекемедегі балалармен жүргізілетін жұмыстарды ұйымдастыруда ұсыныстар енгізуге;

6.2. Бала бақша меңгерушісі мен тәрбиешілердің жұмыс есебін тыңдауға;

6.3. Сабақтарға, мерекелерге, сайыстарға, ойын-сауықтарға қатысуға құқылы;

6.4. Осы келісім шартты уақытынан бұрын бір жақты бұза алады.

#### 7. Келісім шарттың маңызды шарттары:

Мекеменің материалдық техникалық базасын жақсарту үшін, жөндеу жұмыстарын жүргізу үшін, мекемеге қосымша қаржы қорын ата-аналардың демеушілік көрсетуі болып табылады.

#### 8. Келіспеушіліктердің шешілуі:

8.1. Осы келісім шарттағы жағдайларға екі жақты келіспеушілік пікір туған жағдайда, іс жүзіндегі заңға сәйкес келісімге келу арқылы шешу;

8.2. Келіспеушіліктер шешілмеген жағдайда, іс жүзіндегі заң негізінде сот тәртібімен шешіледі.

#### 9. Қорытынды жағдайлар:

9.1. Келісім- шартқа енгізілген қосымшалармен өзгерістер жазбаша түрде және екі жақты қол қойылған жағдайда ғана заңды құжат болып табылады. Келісім- шартқа жазылған қосымшалар оның ажырамас бөлігі;

9.2. Келісім шарт 2 дана жазылған. Екі даналық келісім шартта бірдей күште келісім шарттың әр данасы екі жаққа беріледі.

#### 10. Келісім шарт қол қойылған күннен күшіне енеді.

« 9 » 06 \_\_\_\_\_ 2025 ж.

« 9 » 06 \_\_\_\_\_ 2025 ж.

"Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК  
реквизиттері

БИН 000240001501  
АО "Евразийский Банк"  
ИИК KZ2794803KZT22030786  
БИК EURKZKA

Мекен жай:  
Ақтөбе облысы  
Уилский район, с.Уил, АМАНКЕЛДЫ, 4  
тел: 2-11-31  
"Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК  
меңгерушісі:

А.К.Бисебаева



Ата – аналар реквизиттері

Көше У. Досмұхамедов бейлігі  
Үй 5 пәтер \_\_\_\_\_  
Үй тел: \_\_\_\_\_  
Жұмыс тел: \_\_\_\_\_  
Ұялы тел: 8705 9704487

Ата – аналар: Мирза



"Dara bala" ақпараттық жүйесі

Ақтөбе облыс әкімдігі

Сайт: [darabala.kz](http://darabala.kz)

Бірігей номері:  
DDO.2025.110397.1

Өтінім күні: 29.01.2025

Жолдама күні: 09.06.2025



## МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМЫНА ЖОЛДАМА №32257

Мекеме атауы: "Ақтөбе облысының білім басқармасы Ойыл ауданының білім бөлімі" ММ "Балдырған" бөбекжай-бақшасы" МКҚК  
Мекен-жайы: Ақтөбе облысы, Ойыл ауданы, Ойыл ауылы, Аманкелді көшесі, 4  
Байланыс: 87133272080

Аты-жөні: МАҚСҰТ ӘДІЛХАН АРТУРҰЛЫ

Туған жылы: 29.04.2023

Оқу тілі: Қазақша

Жолдама күні: 09.06.2025

Жарамдылық мерзімі: 13.06.2025

Ескерту: Ата-аналарға мектепке дейінгі ұйымға келіп, жолдаманы 5 жұмыс күн ішінде тіркеу қажет. Жолдама мерзімін 30 күнге дейін ұзартуға болады.

Мектепке дейінгі ұйымға келгеннен кейін келесі құжаттарды ұсыну қажет:

- 1) Қағидалардың 1 және 5-қосымшаларына сәйкес нысан бойынша өтініш;
  - 2) "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) (бұдан әрі - № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы) бекітілген № 065/е нысанды профилактикалық екпелердің картасы;
  - 3) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген "052-2/у" нысандағы "Бала денсаулығы паспорты";
  - 4) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанындағы анықтама;
  - 5) психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияның қорытындысының (мүмкіндігі шектеулі балалар үшін) (болған жағдайда) электронды көшірмесі;
  - 6) өскери қызметшінің немесе арнаулы мемлекеттік органдардың, құқық қорғау органдарының, фельдъегерлік байланыс қызметкерінің жұмыс орнынан берілген, уәкілетті адамның қолымен және мөрімен (бар болса) расталған анықтаманың электронды көшірмесі (берілген күннен бастап бір ай ішінде жарамды);
  - 7) ұйым басшысының мөрімен және қолымен расталған педагогтің, медициналық қызметкердің жұмыс орнынан анықтама (берілген күннен бастап бір ай ішінде жарамды), дипломның электронды көшірмесі; Жеке басын куәландыратын құжаттар, баланың туу туралы куәлігі туралы мәліметтер, МДҰ-ға бірінші кезекте жолдама алуды растайтын мәліметтер тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйелерден тартылады.
- Резидент еместер үшін:
- 1) Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өтініш;
  - 2) көрсетілетін қызметті алушының (ата-анасының бірінің немесе заңды өкілінің) жеке басын куәландыратын құжаттың электронды көшірмесі;
  - 3) баланың туу туралы куәландыратын құжаттың электронды көшірмесі;
  - 4) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанындағы профилактикалық егу картасы;
  - 5) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген "Бала денсаулығы паспорты" "052-2/у" нысандағы анықтама;
  - 6) № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанындағы анықтама;
  - 7) психологиялық-медициналық-педагогикалық консультация қорытындысының электронды көшірмесі (мүмкіндігі шектеулі балалар үшін) (бар болса)





9.06.2025 мр

Ишүүр зурвас бр. *Орлов Р.У.*



09.06.25

срн үебрел  
зурвас



09.06.25. Мр

мр згорьв



09.06.2025.

буруул  
Нш. мр аснорчүүл



09.06.2025м

БОН

Бонь сар



Әріптай.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

### КАРТА профилактических прививок

20\_\_ года " \_\_ " \_\_ взыт на учет

Для организованых детей наименование детского учреждения \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Максим Әлихан
  2. Дата рождения 29.04.2023
  3. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_
  4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица Әйтемі, Ұ. Дәулетбаев  
Дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_
- Отметки о перемене адрес: \_\_\_\_\_

#### Прививка против туберкулеза

Туберкулезное пробное	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат				
	вакцинация	<u>1 мг</u>	<u>30.04.23</u>	<u>0905 0416091</u>	
	ревакцинация				

#### Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>1, 2 мес</u>	<u>29.07.23</u>	<u>U3N246V</u>	<u>1/3</u>	<u>29.08.23</u>	<u>U3N229V</u>			
<u>1/2 мес</u>	<u>29.07.23</u>	<u>W0B3091M</u>						

#### Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>1, 2 мес</u>	<u>29.07.23</u>	<u>0,5</u>	<u>U3N246V</u>	<u>АКДС+НВ+ШТВ, В</u>		<u>КБ</u>	
Ревакцинация	<u>1/2 мес</u>	<u>29.07.23</u>	<u>0,5</u>	<u>W0B3091M</u>	<u>Иммортаксимел Ш8</u>		<u>КБ</u>	
	<u>1/3</u>	<u>29.08.23</u>	<u>0,5</u>	<u>U3N229V</u>	<u>Иммортаксимел Ш8</u>		<u>КБ</u>	<u>КБ</u>
	<u>2N</u>	<u>27.09.25</u>	<u>0,5</u>	<u>Y0A511M</u>	<u>АКДС+НВ+ШТВ</u>		<u>КБ</u>	<u>КБ</u>

\* Препараты обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

### Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V <sub>1g</sub>	29.04.23	0,5	0131N084A	0131N084A	ШБ	ШБ	
Ревакцинация								

### Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
V <sub>0</sub>	14.11.23	0,5	0131N084A	ШБ	ШБ	
V <sub>1</sub>	02.12.24	0,5	0133N058A	ШБ	ШБ	

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V <sub>0</sub>	14.11.23	0,5	0131N084A	ШБ	ШБ	
V <sub>1</sub>	02.12.24	0,5	0133N058A	ШБ	ШБ	

### Прививка против других инфекций Туберкулез, прививка

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V <sub>1</sub> 2мес	29.01.23	0,5	СА2168	Туберкулез	ШБ	ШБ	
Ревакцинация	V <sub>2</sub>	29.08.23	0,5	СА2168	Туберкулез	ШБ	ШБ	
	V <sub>3</sub>	02.12.24	0,5	СА2168	Туберкулез	ШБ	ШБ	

Дата снятия (учета) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Причина \_\_\_\_\_

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

т. 35.1.

Я, нижеподписавшийся(ая) Алиев Катеново М.

(Ф.И.О. (при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом;

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации,
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок

На все возникающие вопросы получил (а) ответы: \_\_\_\_\_

(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.

\_\_\_\_\_  
(наименование препарата)

Причины отказа: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (при его наличии)

\_\_\_\_\_  
(медицинского работника)

ИИН \_\_\_\_\_ Сот.тел. \_\_\_\_\_

Место работы, кем \_\_\_\_\_

Домашний адрес. г. Доссалгайдыкыла 5.

Дата «03» 19 20 24 года Подпись \_\_\_\_\_

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Махмет Эдихан Артурович

(Ф.И.О. (при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом;

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок

На все возникающие вопросы получил (а) ответы:

Да

(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.

КПК

(наименование препарата)

Причины отказа:

аналез: Катешова Маргарита

Ф.И.О. (при его наличии)

(медицинского работника)

ИИН

Сот.тел.

Место работы, кем

Домашний адрес.

Сам пав - 29

Дата « 22 » 12 20 23 года

Подпись \_\_\_\_\_

<p>ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ Денсаулық сақтау министрлігі          Денсаулық сақтау бақылау комитетінің          «Ұлттық сараптама орталығы»          Ұлттық сарапшылық жүргізу құқығындағы          республикалық мемлекеттік          ғылымның Ақтөбе облысы бойынша          филиалының ойыл аудандық бөлімшесі          «Национальный центр          экспертизы» № _____          Актюбинской области</p>		<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды          код формы по ОКУД _____          ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды          Код организации по ОКПО _____</p>
		<p>Қазақстан Республикасы          Ұлттық экономика министрінің 2021 жылғы          «20» тамыз № 84 бұйрығымен бекітілген № 080/е          нысанды медициналық құжаттама</p>
		<p>Медицинская документация          Форма 080/у          Утверждена приказом Министра национальной          экномики Республики Казахстан от «20» август 2021          года № 84</p>

**Нәжістің, перианалды қырынды үлгісін зерттеудің паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ**  
**ПРОТОКОЛ паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок**  
 № 181 (от « 9 » 06 2025ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әке сiнiн аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) - Мақсұт. А.
  2. Жасы (Возраст) 2023 Мекен-жайы(адрес) п. Жыл, Ж. Досмұхамедов - 5
  3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)-
  4. Зерттеу алғашқы, қайталап, қорытынды (Исследование первичное, повторное, контрольное)
  5. Зерттеуде анықталды: (при исследовании обнаружены): при исследовании фекалий возбудители паразитарных болезней не обнаружены ; при исследовании соскобов возбудитель энтеробиоза не обнаружен.
  6. Қарапайымдар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)- не обнаружено
- Үлгілердің (нiн) НҚ-ға сәйкестiгiне зерттеулер жүргiзiлдi (Исследование проводилось на соответствие НД) Приказ МЗ РК от 16.05.2022г. № КР ДСМ-44 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-эпидемиологических профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний»
- Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(Ф.И.О. специалиста проводившего исследование) \_\_\_\_\_  
 Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. ( Ф.И.О. подпись заведующего лабораторией) \_\_\_\_\_ Тасболатова А Қолы (подпись)  
 Мөр орны Санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) \_\_\_\_\_ Калдыгулова С.С.  
 Место печати \_\_\_\_\_  
 Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) \_\_\_\_\_ Т.А.Ә, қолы ( Ф.И.О. подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)  
 Сынау нәтижелері тек қана сынауға түсірілген үлгілерге қолданылады / Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанию  
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН / Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

**СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит**

Дата выдачи 09.06.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Уилская районная больница" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: [REDACTED]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МАҚСҰТ ӘДІЛХАН АРТУРҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 29.04.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Уилский, УЛИЦА: Халел Досмухамедұлы, ДОМ: 6
5. Медицинское заключение:  
Эпид аймағы таза
6. Рекомендации (при необходимости):  
СӨҰ
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:  
БЕКЕЕВ МАХАНБЕТ АМАНОЛЛАҰЛЫ 247546



(Печат)