



Назначение медицинского представителя

Appointment of a Health Care Agent

Предварительное распоряжение относительно решений об оказываемой медицинской помощи в штате Вермонт / Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ

YOUR NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ

DATE OF BIRTH

ДАТА

DATE

АДРЕС

ADDRESS

ГОРОД

CITY

ШТАТ

STATE

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ZIP

Ваш **медицинский представитель** может принимать решения относительно медицинской помощи от вашего имени, если вы утратите способность принимать такие решения самостоятельно или не захотите принимать их. Вам следует выбрать человека, которому вы доверяете, который понимает ваши пожелания и согласен выступать в качестве вашего представителя. Ваш поставщик медицинских услуг **НЕ** может быть вашим представителем, если он также не является вашим родственником. Ваш представитель **НЕ** может быть владельцем, управляющим, сотрудником или подрядчиком учреждения проживания с уходом, медицинского или исправительного учреждения, в котором вы проживаете на момент составления вашего Предварительного распоряжения. / Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

Я назначаю следующего человека своим **МЕДИЦИНСКИМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ**:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

AGENT NAME

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

EMAIL

АДРЕС

ADDRESS

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

HOME PHONE

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

WORK PHONE

МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

CELL PHONE

(Если вы назначаете **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ**, перечислите их на отдельном листе бумаги)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

Если этот представитель не доступен, не желает или не может выступать в качестве моего представителя, я назначаю этого человека своим

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ / If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ALTERNATE AGENT NAME

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

EMAIL

АДРЕС

ADDRESS

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН

HOME PHONE

РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН

WORK PHONE

МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

CELL PHONE

Другие лица, с которыми можно проконсультироваться по поводу медицинских решений от моего имени:

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

Основной поставщик медицинских услуг (врач, помощник врача или практикующая медсестра):

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

NAME

ТЕЛЕФОН.

PHONE

АДРЕС

ADDRESS

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

NAME

ТЕЛЕФОН.

PHONE

АДРЕС

ADDRESS

С кем **НЕ** следует консультироваться:

Those who should **NOT** be consulted include:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ
NAME

ДАТА РОЖДЕНИЯ
DOB

ДАТА
DATE

Общие комментарии о моих целях в области здоровья:
General Comments About My Health Care Goals:

ПОДПИСАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЖЕЛАНИЯХ / SIGNED DECLARATION OF WISHES

Вы должны подписать данный документ в присутствии ДВУХ совершеннолетних свидетелей. Следующие лица **не** могут расписываться в качестве свидетелей: ваш представитель(и), супруг(а), родители, братья и сестры, дети или внуки.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses: your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

Я заявляю, что этот документ отражает мои пожелания в отношении медицинской помощи и что я подписываю настоящее Предварительное распоряжение по собственному желанию. / I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

ПОДПИСЬ
SIGNED

ДАТА
DATE

Я подтверждаю, что, исходя из моего понимания, лицо, подписавшее документ, осознавало характер этого Предварительного распоряжения и не находилось под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент его подписания. (Пожалуйста, поставьте свою подпись и напишите свое имя печатными буквами) / I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

ПЕРВЫЙ СВИДЕТЕЛЬ (ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
WITNESS 1 (PRINT NAME)

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

ВТОРОЙ СВИДЕТЕЛЬ (ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
WITNESS 2 (PRINT NAME)

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

Если лицо, подписавшее настоящий документ, госпитализируется или является текущим пациентом **больницы**, одно из следующих лиц должно расписаться и подтвердить, что оно объяснило характер и последствия Предварительного распоряжения и что пациент, исходя из понимания подписывающего лица, осознавал что происходит, и не находился под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент подписания: *назначенный специалист по разъяснениям в больнице, омбудсмен, представитель пациентов с психическими заболеваниями, уполномоченный представитель духовенства, адвокат штата Вермонт или назначенный представитель суда по наследственным делам.* / If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

Если лицо, подписавшее настоящий документ, госпитализируется или является резидентом **учреждения сестринского ухода или учреждения проживания с уходом**, одно из следующих лиц должно расписаться и подтвердить, что оно объяснило характер и последствия Предварительного распоряжения и что резидент, исходя из понимания подписывающего лица, осознавал что происходит и не находился под воздействием принуждения или ненадлежащего влияния на момент подписания: *омбудсмен, уполномоченный представитель духовенства, адвокат штата Вермонт, назначенный представитель суда по наследственным делам, назначенный специалист по разъяснениям в больнице, представитель пациентов с психическими заболеваниями, врач, который не работает в соответствующем учреждении, или надлежащим образом обученный волонтер учреждения сестринского ухода/учреждения проживания с уходом.* / If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

Специалист по разъяснениям, указанный выше, также может выступать в качестве одного из двух необходимых свидетелей.
The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ
NAME

ЗВАНИЕ/ДОЛЖНОСТЬ
TITLE/POSITION

ТЕЛЕФОН
PHONE

АДРЕС
ADDRESS

ПОДПИСЬ
SIGNATURE

ДАТА
DATE

Копия моего Предварительного распоряжения хранится у следующих лиц (выберите подходящие варианты):
The following have a copy of my Advance Directive (please check):

Реестр Vermont Advance Directive Registry
Vermont Advance Directive Registry

ДАТА РЕГИСТРАЦИИ:
DATE REGISTERED:

Медицинский представитель
Health care agent

Дополнительный медицинский представитель
Alternate health care agent

Врач/Поставщик(и) услуг:
Doctor/Provider(s):

Больница(ы):
Hospital(s):

Член(ы) семьи:
Family Member(s):

Vermont Advance Directive Registry
Административный бланк: Соглашение о регистрации в VADR и
разрешение на внесение изменений**(Документы А и В в соответствии с Регламентом предварительных распоряжений штата Вермонт)****Vermont Advance Directive Registry**
Administrative Form: VADR Registration Agreement & Authorization to Change
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)**Инструкции / Directions**

1. Ознакомьтесь с Политикой о регистрации на странице 3 и заполните Необходимую информацию о лице, выполняющем регистрацию, на странице 1.
Read the Registration Policy on page 3 and complete the Required Registrant Information on page 1.
 - a. **Лица, выполняющие регистрацию впервые:** Заполните Документ А: Соглашение о регистрации на странице 2.
First-time Registrants: Complete Document A: Registration Agreement on page 2.
 - b. **Лица, уже выполнившие регистрацию:** Если вы уже выполняли регистрацию и отправляете актуализированный документ, заполните Документ В: Разрешение на внесение изменений на странице 2.
Current Registrants: If you are already registered and submitting an update, complete Document B: Authorization to Change on page 2.
2. Приложите подписанную и заверенную свидетелями копию вашего Предварительного распоряжения. Свидетелями для вашего Предварительного распоряжения не могут выступать следующие лица: медицинский представитель или ближайшие родственники (супруг(а), родители, дети, братья/сестры или внуки). / Attach a signed and witnessed copy of your Advance Directive. Witnesses to your Advance Directive cannot be your health care agent or immediate family (spouse, parents, children, siblings or grandchildren).
3. При отправке документов по почте, электронной почте или факсу необходимо включить страницы 1 и 2 настоящего административного бланка и все страницы вашего заполненного Предварительного распоряжения.
Submissions via mail, email, or fax must include pages 1 and 2 of this Administrative Form and all pages of your completed Advance Directive.
4. После заполнения бланки можно отправить по почте, электронной почте или факсу:
Once complete, forms can be submitted via mail, email, or fax:

Почтовый адрес: Vermont Ethics Network
Mail: 61 Elm Street, Suite 1
Montpelier, VT 05602**Адрес электронной почты:** VADRsupport@vtethicsnetwork.org
Email*:**Факс:** / Fax: 1-802-828-2646

*Документы, отправляемые по электронной почте, должны быть в формате PDF. / *Email submissions must be in PDF format.

Лица, выполняющие регистрацию в штате Вермонт, теперь также могут выполнять регистрацию или вносить изменения путем самостоятельной загрузки документов. Самостоятельная загрузка файлов не требует заполнения данного административного бланка. Чтобы получить дополнительную информацию и ссылки для отправки документов с домашнего компьютера, посетите www.vtethicsnetwork.org/vadr. Если вам нужна помощь с отправкой, позвоните по номеру 1-802-828- 2909 или напишите письмо по адресу VADRsupport@vtethicsnetwork.org. / Vermont registrants can now also submit new registrations or updates via on-line user upload. User upload does not require this administrative form. For more information and links to upload your document from your home computer, visit www.vtethicsnetwork.org/vadr. For support with your submission, call 1-802-828- 2909 or email VADRsupport@vtethicsnetwork.org

Необходимая информация о лице, выполняющем регистрацию / Required Registrant Information**Имя и фамилия:** _____ **Средний инициал** _____ **Фамилия** _____ **Суффикс** _____
Имя / Name (First): _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____**Дата рождения:** ____ / ____ / ____ **(месяц/день/год)**
Date of Birth: _____ (month/day/year)**Почтовый адрес:** _____ **Кв./№:** _____
Mailing Address: _____ Apt/Unit: _____**Город:** _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____
Town/City: _____ State: _____ Zip code: _____**Номер телефона: Основной** (____) _____ - _____ **Другой:** (____) _____ - _____
Phone Number: Primary _____ Other: _____**Адрес электронной почты:** _____
Email Address: _____

* Лица, выполняющие регистрацию, должны указать адрес электронной почты для получения ежегодных напоминаний по своей учетной записи. / Registrants must provide an email address to receive annual account reminders.

Контактные лица в экстренных ситуациях / Emergency Contacts

Укажите в первую очередь номер сотового телефона (при наличии).

Please list cell number first if available

Основное: Имя и фамилия: _____ Кем приходится лицу: _____
Primary: Name: _____ Relationship to Registrant: _____**Телефон:** (____) _____ - _____ **Другой номер:** (____) _____ - _____
Phone Number: _____ Alternate Phone Number: _____**Дополнительное*:** Имя и фамилия: _____ Кем приходится лицу: _____
Secondary: Name: _____ Relationship to Registrant: _____**Телефон:** (____) _____ - _____ *Необязательно / Optional
Phone Number: _____**Примечание:** Контактные лица для связи в экстренных ситуациях не должны совпадать с лицами, которых вы назначили своими медицинскими представителями. Если вы измените контактных лиц для связи в экстренных ситуациях, ваш медицинский представитель не изменится. / Note: Emergency contacts do not need to be the same as your appointed health care agents. Changing your emergency contacts will not change your health care agent.

Vermont Advance Directive Registry
Административный бланк: Соглашение о регистрации в VADR и
разрешение на внесение изменений**(Документы А и В в соответствии с Регламентом предварительных распоряжений штата Вермонт)****Vermont Advance Directive Registry**
Administrative Form: VADR Registration Agreement & Authorization to Change
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)**Документ А: Соглашение о регистрации**
Document A: Registration Agreement

Заполните этот раздел, если вы отправляете Предварительное распоряжение в реестр Vermont Advance Directive Registry впервые. / Complete this section if this is your first time submitting an Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry.

Я, _____ (имя и фамилия печатными буквами) прошу зарегистрировать мое предварительное распоряжение в Реестре Vermont Advance Directive Registry и разрешить к нему доступ в соответствии с законодательством штата Вермонт. Подписываясь ниже, я признаю и подтверждаю, что: предоставленная информация является достоверной; я ознакомился(ась) с условиями Политики в отношении регистрации Реестра и соглашаюсь их соблюдать; я буду защищать свой идентификационный номер лица, выполняющего регистрацию, и карточку-памятку от несанкционированного доступа; и я немедленно уведомлю Реестр в письменном виде об изменениях в моей регистрационной информации или в предварительном распоряжении. Я оформляю настоящее соглашение добровольно и без какого-либо давления, принуждения или неправомерного влияния со стороны какого-либо лица. Я понимаю, что любой, у кого есть доступ к моей карточке-памятке, может использовать ее для получения доступа к моим документам и личной информации. Это разрешение остается в силе до тех пор, пока не будет отозвано мной.

I, _____ (print name) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

Подпись лица, выполняющего регистрацию:
Signature of Registrant: _____**Дата:**
Date: _____**Документ В: Разрешение на внесение изменений**
Document B: Authorization to Change

Заполните этот раздел, если вы уже регистрировали Предварительное распоряжение и отправляете новое или вносите изменения в Предварительное распоряжение, уже зарегистрированное в реестре Vermont Advance Directive Registry. Complete this section if you are currently registered and submitting an updated Advance Directive or making updates to an Advance Directive already on file with the Vermont Advance Directive Registry.

Выберите подходящий вариант / Check the box below that applies to your submission.

Замена: Выберите этот вариант, чтобы заменить существующее Предварительное распоряжение. В данном случае предыдущие документы будут удалены из вашей учетной записи, и будет сохранен последний отправленный вами документ. / **Replace:** Check this box to replace your existing Advance Directive. This option will remove older documents from your account and save only the most recent submission.

Внесение изменений: Выберите этот вариант, чтобы внести изменения в существующее Предварительное распоряжение. В данном случае ваши предыдущие документы будут сохранены, а новый документ будет отображаться первым (обратный хронологический порядок). / **Amend:** Check this box to amend your existing Advance Directive. This option will keep your prior documents on file with the newest document first (reverse chronological order).

Приостановка действия: Выберите этот вариант, чтобы приостановить действие вашего Предварительного распоряжения (полностью или частично) в течение указанного периода времени. / **Suspend:** Check this box to temporarily inactivate all or part of your Advance Directive for a specified period.

Приостановить действие в эту дату:
Begin suspension on this date: _____**Возобновить действие в эту дату:**
End suspension on this date: _____**Сведения о приостановлении действия (части Предварительного распоряжения, действие которых приостанавливается, причина приостановления):** / Suspension details (parts of Advance Directive being suspended, reason for suspension): _____

Отзыв: Выберите этот вариант, чтобы удалить ваше Предварительное распоряжение из реестра Vermont Advance Directive Registry. Ваша учетная запись в реестре Vermont Advance Directive Registry будет закрыта, и ваш документ не будет доступен для медицинских учреждений. Ваше Предварительное распоряжение останется в силе. / **Revoke:** Check this box to remove your Advance Directive from the Vermont Advance Directive Registry. Your account with the Vermont Advance Directive Registry will be closed and your document will not be accessible to health care facilities. Your Advance Directive will remain valid.

Я, _____ (имя и фамилия печатными буквами) подтверждаю, что данная форма точно отражает внесенные мной изменения, и эти изменения являются верными. Помимо этого, я разрешаю отразить изменения в Реестре Advance Directive Registry. / I certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

Подпись лица, выполняющего регистрацию:
Signature of Registrant: _____**Дата:**
Date: _____

Политика в отношении регистрации / Registration Policy

Предварительное распоряжение — это юридический документ, в котором излагаются пожелания человека относительно вариантов лечения и аспектов, связанных с прекращением жизни, если он утратит дееспособность или по иным причинам не сможет принимать такие решения. Реестр Advance Directive Registry — это база данных, которая позволяет людям хранить копии своих предварительных распоряжений в электронной форме в защищенном виде. Доступ к этой базе данных при необходимости могут получить уполномоченные поставщики медицинских услуг, медицинские учреждения, учреждения ухода с проживанием, распорядители похорон и организации, управляющие крематориями. Для получения дополнительной информации посетите: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

1. Чтобы зарегистрировать Предварительное распоряжение по почте, факсу или электронной почте, лицо, выполняющее регистрацию, должно заполнить и отправить форму Соглашения о регистрации вместе с копией Предварительного распоряжения по следующему адресу: / To register an advance directive via mail, fax, or email, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

Почтовый адрес: Vermont Ethics Network
Mail: 61 Elm Street, Suite 1
Montpelier, VT 05602

Адрес эл. почты: VADRsupport@vtethicsnetwork.org
Email*:

Факс: / Fax: 1-802-828-2646

**Документы, отправляемые по электронной почте, должны быть в формате PDF. / Email submissions must be in PDF format.*

2. Лица, выполняющие регистрацию посредством отправки документов с помощью функции самостоятельной загрузки, не должны заполнять бланк разрешения на внесение изменений в соглашение о регистрации. Необходимые соглашения и разрешения будут заполнены в ходе процесса загрузки через Интернет. / Registrants who upload their document via user upload do not need to complete the Registration Agreement Authorization to Change form. The necessary agreements and authorization will be completed during the on-line upload process.
3. После получения Соглашения о регистрации и приложений сотрудники Реестра отсканируют предварительное распоряжение и сохраняют его в базе данных вместе с информацией, идентифицирующей лицо, выполняющее регистрацию, которая содержится в Соглашении о регистрации. Сотрудники Реестра отправят лицу, выполняющему регистрацию, письмо-подтверждение вместе с регистрационным номером, инструкциями по использованию регистрационного номера для доступа к документам на веб-сайте Реестра, карточку-памятку и наклейки на водительские права или страховый полис. Регистрация вступит в силу после получения лицом, выполняющим регистрацию, письма-подтверждения и регистрационных материалов. Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.
4. Лица, выполняющие регистрацию, должны сообщить регистрационный номер из карточки-памятки всем, кто должен иметь доступ к их предварительным распоряжениям: например, представителю лица, выполняющего регистрацию, членам семьи или врачу. Любое лицо может получить доступ к предварительному распоряжению человека, используя регистрационный номер. Кроме того, если регистрационный номер недоступен, уполномоченный поставщик медицинских услуг вправе выполнить поиск предварительного распоряжения конкретного лица в Реестре, используя личную идентификационную информацию лица, выполняющего регистрацию. / Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.
5. Лицо, выполняющее регистрацию, несет ответственность за обеспечение следующего:
The registrant is responsible for ensuring that:
 - a. Надлежащее оформление предварительного распоряжения в соответствии с законодательством штата Вермонт.
The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.
 - b. Правильность и читаемость копии предварительного распоряжения, отправленной в Реестр, если она представляет собой фотокопию оригинала. / The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.
 - c. Точность и актуальность информации в Соглашении о регистрации и в документах предварительного распоряжения.
The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.
 - d. В случае любых изменений в предварительном распоряжении или регистрационной информации об этом следует проинформировать Реестр в кратчайшие сроки. Это можно сделать путем заполнения и отправки в адрес Реестра формы разрешения на внесение изменений, приложив к ней внесенные изменения, или, в оптимальном варианте, обновленную копию Предварительного распоряжения. / The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.
6. Первоначальная регистрация, а также последующие изменения и обновления регистрационной информации или документов Предварительного распоряжения осуществляются бесплатно. / Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.
7. Соглашение о регистрации остается в силе до тех пор, пока Реестр не получит достоверную информацию о смерти лица, выполнившего регистрацию, или пока лицо, выполнившее регистрацию, не обратится в письменной форме с просьбой расторгнуть Соглашение о регистрации. При расторжении Соглашения Реестр удалит предварительное распоряжение лица, выполняющего регистрацию, из базы данных Реестра, и его дело больше не будет доступно поставщикам услуг.
The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.
8. Изменить условия Соглашения о регистрации может только Реестр. / Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.