

Приложение № 1 к публичному договору (оферте)  
на оказание платных медицинских услуг от 01.09.2023,  
утвержденному приказом № 227  
ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани  
от 31.08.2023 г.

Главному врачу ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани  
В.Г. Белякову

\_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

**заявление о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных  
медицинских услуг (акцепт)**

от \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

г.р., проживающий по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*день, месяц, год рождения*

серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*вид документа, удостоверяющего личность*

\_\_\_\_\_  
*при наличии*

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*кем и когда выдан; для паспорта гражданина РФ включить код подразделения выдачи*

номер телефона \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*контактный телефон*

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*при наличии*

после ознакомления с публичным договором (офертой) на оказание платных медицинских и иных услуг в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница №16» г. Казани (далее – ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани), размещенном на официальной странице в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <https://www.clinic16.ru/>, а также на информационных стендах ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани, выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, обязательствами и правами Сторон, обязуюсь их соблюдать, подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани, и в соответствии ст. 438 Гражданского кодекса Российской Федерации выражаю свое добровольное полное и безоговорочное согласие на заключение договора на оказание платных услуг в ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани в качестве Заказчика в отношении Потребителя и соответствие перечню, указанным в данном заявлении о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг (акцепт).

**Сведения о Потребителе платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг**

потребителем платных услуг является Заказчик;

□ \_\_\_\_\_ ,  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
 г.р., проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
день, месяц, год рождения

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
вид документа, удостоверяющего личность при наличии

Выдан \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан; для паспорта гражданина РФ включить код подразделения выдачи

номер телефона \_\_\_\_\_  
контактный телефон

адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
при наличии

**Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствие публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг**

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Условия и сроки оказания медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги
1.			
2.			
3.			
4.			
	Всего к оплате:		

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг (акцепт) Заказчик получил  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ г \_\_\_\_\_  
дата подпись фамилия, инициалы

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг (акцепт) Потребитель получил  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ г \_\_\_\_\_  
дата подпись фамилия, инициалы

Сотрудник ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани, принявший настоящее заявление о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских услуг (акцепт)  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ г \_\_\_\_\_  
дата подпись фамилия, инициалы

МП