Приложение № 1
к Публичному договору (оферте)
на оказание платных медицинских услуг
ГАУЗ «ГКБ №16» г. Казани

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ
к Публичному договору (оферте) на оказание платных медицинских услуг
ГАУЗ «ГКБ № 16» (АКЦЕПТ ОФЕРТЫ)

г. Казань **«___» _____ *202_* г.**

Я, нижеподписавшийся(ая):
Пациент:_____
[ФИО_Пациента], [Дата_рождения]
паспорт: серия_____ № _____, выдан _____,
дата выдачи:_____, код подразделения:_____,
зарегистрированный(ая) по адресу:_____,
телефон:_____
(заполняется, если договор заключается в интересах другого лица)
и/или Законный представитель / Заказчик:
_____,
[ФИО_Представителя], [Дата_рождения]
паспорт: серия_____ №_____, выдан_____,
действующий на основании: _____

настоящим Заявлением подтверждаю свое согласие и полностью, безусловно присоединяюсь к условиям **Публичной оферты ГАУЗ «ГКБ № 16»,** утвержденной Приказом главного врача № 171 от 31.08.2026 г. и размещенной в доступном для ознакомления месте на информационном стенде (стойке регистратуры), а также на официальном сайте ГАУЗ «ГКБ № 16» (https://clinic16.ru).

1. Подтверждение условий Договора

1.1. Настоящее Заявление является **акцептом Публичной оферты** (ст. 438 ГК РФ) и фиксирует заключение между мной и ГАУЗ «ГКБ № 16» договора об оказании платных медицинских услуг на условиях, изложенных в тексте Оферты.
1.2. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с текстом Оферты, прейскурантом (ценами на услуги), перечнем оказываемых услуг, информацией о квалификации медицинских работников, графиком их работы и правилами внутреннего распорядка Клиники до подписания настоящего Заявления. Все условия мне понятны, я согласен(а) с ними в полном объеме. _____/_____/

2. Уведомление о возможности получения бесплатной медицинской помощи.

2.1. Настоящим я подтверждаю, что до заключения Договора (акцепта оферты) **уведомлен** ГАУЗ «ГКБ № 16» **о возможности получения медицинской помощи** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в рамках системы **ОМС**) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.
2.2. Настоящим я подтверждаю, что мне понятны условия, порядок и форма получения бесплатной медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях. Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю **свое добровольное согласие** на

получение медицинских услуг в ГАУЗ «ГКБ № 16» **на платной основе** за счет моих личных средств (или средств третьих лиц).

_____/_____

3. **Уведомление о последствиях несоблюдения рекомендаций врача**
   4.1. Настоящим я уведомлен(а) ГАУЗ «ГКБ № 16» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ГАУЗ «ГКБ № 16» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
   4.2. Я обязуюсь строго соблюдать предписания лечащего врача, график посещений, сообщать достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях и известных мне аллергических реакциях.

_____/_____/

4. **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ И КОНКРЕТНЫЕ СРОКИ ОКАЗАНИЯ**

Согласно настоящему Заявлению, Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие услуги:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость (руб.)	Конкретный срок (дата или период) оказания услуги
1				
2				
3				

Итого к оплате: _____рублей ____ копеек.

5. Настоящее Заявление составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.
6. **Подписи сторон**

От Исполнителя:_____ / _____ /
М.П.

Потребитель (Пациент):
С условиями Договора-оферты, перечнем услуг, ценой и конкретными сроками их оказания согласен. Уведомление об ОМС получил.

_____ / _____ /
(подпись) *(ФИО собственноручно)*

Заказчик (Плательщик): *(при наличии)*
С условиями Договора-оферты, стоимостью и порядком расчетов согласен. Обязуюсь оплатить услуги Исполнителя.
_____ / _____ /
(подпись) *(ФИО собственноручно)*