

Приложение № 1 к публичному договору (оферте)  
на оказание платных медицинских и иных 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 и иных 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.klinika16.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 услуг, предоставляемых в соответствии  
публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских и иных 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 услуг, предоставляемых в соответствии публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских и иных 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 и иных услуг (акцепт) Заказчик получил

\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 202\_\_ г \_\_\_\_\_  
*дата* \_\_\_\_\_ *подпись* \_\_\_\_\_ *фамилия, инициалы*

Оформленный экземпляр заявления о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских и иных 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 и иных услуг (акцепт)

\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 202\_\_ г \_\_\_\_\_  
*дата* \_\_\_\_\_ *подпись* \_\_\_\_\_ *фамилия, инициалы*

МП