Приложение № 2 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 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 соответствие 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 отношение Потребителя и соответствие перечню, указанным в данном заявлении о присоединении к публичному договору (оферте) об оказании платных услуг (акцепт).

Сведения о Потребителе платных услуг, предоставляемых в соответствие 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 соответствие публичному договору (оферте) об оказании платных медицинских и иных услуг

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги
1.		
2.		
	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