|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (Кому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование заказчика,  организатора закупа  или единого дистрибьютора) |

**Заявка на участие в тендере**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование потенциального поставщика),

рассмотрев объявление/ тендерную документацию по проведению тендера №

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(название тендера) получение которой настоящим удостоверяется (указывается, если получена тендерная документация), настоящей заявкой выражает согласие осуществить поставку лекарственных средств/медицинских изделий/фармацевтических услуг в соответствии с условиями объявления/тендерной документацией по следующим лотам:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер лота) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подробное описание лекарственных средств/медицинских изделий/

фармацевтических услуг)

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер лота) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подробное описание лекарственных средств/медицинских изделий/

фармацевтических услуг) в соответствии с условиями, правил организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг (далее – Правила).

Потенциальный поставщик подтверждает, что ознакомлен с условиями,

предусмотренными Правилами, и осведомлен об ответственности за предоставление конкурсной комиссии недостоверных сведений о своей правомочности, квалификации, качественных и иных характеристиках поставки медицинской техники, а также иных ограничениях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

Потенциальный поставщик подтверждает достоверность сведений в данной заявке и прилагаемых к ней документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п\п | Наименование документа | Количество листов |
|  |  |  |

      Настоящая заявка действует до подведения итогов тендера.

Должность, Ф.И.О. (при его наличии) и подпись лица, имеющего полномочия

подписать тендерную заявку от имени и по поручению

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование потенциального поставщика)

|  |  |
| --- | --- |
| Печать (при наличии) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |