|  |  |
| --- | --- |
|  | (Кімге)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тапсырыс берушінің, сатып  алуды ұйымдастырушының  немесе бірыңғай  дистрибьютордың атауы) |

**Тендерге қатысуға өтінім**

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

      (әлеуетті өнім берушінің атауы),

      тендер өткізу жөніндегі хабарландыруды/ тендерлік құжаттаманы қарап,

      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тендердің атауы)

      осымен алуды куәландыратын (егер тендерлік құжаттама алынса, көрсетіледі), осы өтініммен мынадай лоттар бойынша хабарландыру шарттарына/тендерлік құжаттамаға сәйкес дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді беруді:

      1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лот нөмірі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді егжей-тегжейлі сипаттау)

      2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лот нөмірі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық

      көрсетілетін қызметтерді егжей-тегжейлі сипаттау) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі, қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің тергеу изоляторлары мен мекемелерінде ұсталатын адамдарға бюджет қаражаты есебінен медициналық көмектің қосымша көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттарды, медициналық бұйымдарды және арнаулы емдік өнімдерді, фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді сатып алуды ұйымдастыру және өткізу қағидаларының (бұдан әрі – Қағидалар) шарттарына сәйкес жүзеге асыруға келісімін білдіреді.

      Әлеуетті өнім беруші осы Қағидаларда көзделген шарттармен танысқанын және конкурстық комиссияға өзінің құқығы, біліктілігі, медициналық техниканы берудің сапалық және өзге де сипаттамалары туралы дәйексіз мәліметтер бергені үшін, сондай-ақ Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында көзделген өзге де шектеулер жөніндегі жауапкершілік туралы хабардар етілгенін растайды.

      Әлеуетті өнім беруші осы өтінімдегі мәліметтердің және оған қоса берілетін құжаттардың дұрыстығын растайды:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Р/с № | Құжат атауы | Парақтар саны |
|  |  |  |

      Осы өтінім тендердің қорытындылары шығарылғанға дейін жарамды.

      Тендерлік өтінімге атынан және тапсырмасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (әлеуетті өнім берушінің атауы) бойынша қол қоюға өкілеттігі бар тұлғаның лауазымы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және қолы

|  |  |
| --- | --- |
| Мөрі (бар болған жағдайда) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ж. |