Приложение 3

к Тендерной документации

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| Форма |
|   | (Кому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование заказчика,организатора закупаили 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 |
|  |  | Скачать |

      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. |
|  |  |