Приложение 1  
к Правилам организациии проведения закупалекарственных средств,

медицинских изделийи специализированных лечебныхпродуктов в рамках  
гарантированного объемабесплатной медицинской помощи,дополнительного объема  
медицинской помощи для лиц,содержащихся в следственных  
изоляторах и учрежденияхуголовно-исполнительной(пенитенциарной)системы,

за счет бюджетныхсредств и (или) в системеобязательного социального  
медицинского страхования,фармацевтических услуг

|  |  |
| --- | --- |
|  | (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. |