|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к Тендерной документации |
|  | Форма |
|  | (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. |