

Нысан

(Кімге) _____
(тапсырыс берушінің, сатып алу
ұйымдастырушының немесе бірыңғай
дистрибьютордың атауы)

(Кімнен) _____
(потенциалды жабдықтаушының атауы)

**Тендерге қатысуға арналған мәлімдеме
(кәсіпкерлік қызметті жүзеге асыратын жеке тұлғаларға
және заңды тұлғаларға)**

Тендрді өткізу бойынша тендрлік құжаттаманы және Қазақстан Республикасы
Үкіметінің 2009 жылдың 30 қазанындағы №1729 қаулысымен бекітілген, кепілдендірілген
тегін медициналық көмек көрсету бойынша және әлеуметтік медициналық сақтандыру
жүйесінде медициналық көмек көрсету дәрілік құралдарды, профилактикалық
(иммунобиологиялық, диагностикалық, дезинфекциялайтын) препараттарды,
медициналық құралдарды және медициналық техниканы сатып алуды ұйымдастыру және
жүргізу Ережесін қарастыра отырып,

_____ (тендрдің атауы/ екі сатылы тендр)
оны алу осымен расталады (тендрлік құжаттама алынған болса)

_____ (потенциалды жабдықтаушының атауы) келесі лот бойынша:

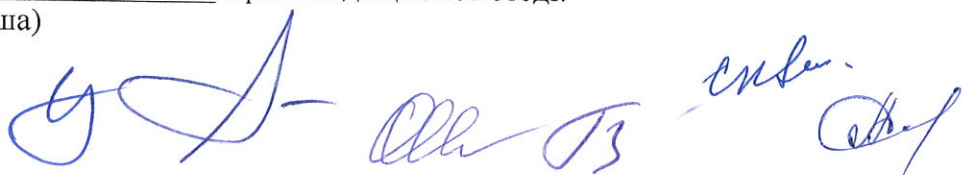
_____ Тендрлік құжаттамаға (хабарландыру шарттарына) сәйкес тауарлар, фармацевтикалық
құралдарды жеткізуді қамтамасыз етуге келісімін береді

- (фармацевтикалық қызмет көрсету мен тауарлардың толық сипаттамасы)

Берілген тендрлік мәлімдеме құрайды:

1. _____
2. _____
3. _____

Берілген тендрлік мәлімдеме тендрлік мәлімдемеммен конвертті ашқан күннен
бастап _____ күн ішінде қызмет етеді.
(жазбаша)



Қолы, мерзімі

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты

Мөр
(егер болса)

(потенциалды жабдықтаушының атауы)

Тапсырмасы бойынша және атынан тендрлік мәлімдемеге қол қоюға барлық құзіреті бар.

Handwritten signature in blue ink

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2017 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
3- қосымша

Нысан

**Потенциалды жабдықтаушының мәлімдемесіне
қоса берілген құжаттардың тізімдемесі**

№	Құжаттың атауы	Мерзімі және нөмірі	Қысқаша мазмұны	Құжатқа кім қол қойды	Түпнұсқа, көшірмесі, нотариалды куәландырылған көшірмесі	беті
---	----------------	---------------------	-----------------	-----------------------	--	------



Нысан

Мерзімі өткен қарыздардың жоқтығы туралы анықтама

Банк/ банктың филиалы (атауы) _____ қатысты үш айдан асатын банк алдында міндеттерінің түрлері бойынша екінші дәрежелі банктарда, ипотекалық ұйымдарда және «Қазақстанның Даму Банкі» акционерлік қоғамда мерзімі өткен қарыздардың жоқтығын растайды, Қазақстан Республикасы Ұлттық Банк басқармасының қаулысымен бекітілген _____

(кәсіпкерлік қызметті жүзеге асыратын физикалық тұлғаның немесе заңды тұлғаның толық атауын көрсету, телефон, мекен-жайы, БИН/ЖИН, БИК), осы банкте/ банктың филиалында қызмет көрсетілетін, конвертті ашудан бұрын бір ай берілген.

Мерзімі

Қолы

Мөрі
(болса)

* БИН/ЖИН - бизнес идентификациялық номер/жеке идентификациялық номер;

** БИК - банктік идентификациялық код.

