Приложение 6           
к Правилам выбора поставщика услуг  
по оказанию гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи    
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о наличии медицинской техники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
               (наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование  медицинской  техники | В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет) | Год  выпуска | Коли  чество | Текущее состояние медицинской техники  (в рабочем/в нерабочем) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя  
               потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)