|  |  |
| --- | --- |
|  | *Приложение 3 к Тендерной документации* |
|  | (Кому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование заказчика, организатора закупа) |
|  |  |

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 требованиями и 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. |

*Тендерлік құжаттамаға*

*3 қосымша*

(Кімге) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Тапсырыс берушінің атауы,

сатып алуды ұйымдастырушының

**Тендерге қатысуға өтінім**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (әлеуетті өнім берушінің атауы),

      тендер өткізу жөніндегі хабарландыруды/ тендерлік құжаттаманы қарап,

      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тендердің атауы)

      осымен алуды куәландыратын (егер тендерлік құжаттама алынса, көрсетіледі), осы

      өтініммен мынадай лоттар бойынша хабарландыру шарттарына/тендерлік құжаттамаға сәйкес

      дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді беруді:

      1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лот нөмірі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді егжей-тегжейлі сипаттау)

      2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лот нөмірі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды/фармацевтикалық

      көрсетілетін қызметтерді егжей-тегжейлі сипаттау)

      тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі, қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің тергеу изоляторлары мен мекемелерінде ұсталатын адамдарға бюджет қаражаты есебінен медициналық көмектің қосымша көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттарды, медициналық бұйымдарды және арнаулы емдік өнімдерді, фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді сатып алуды ұйымдастыру және өткізу қағидаларының (бұдан әрі – Қағидалар) шарттарына сәйкес жүзеге асыруға келісімін білдіреді.

      Әлеуетті өнім беруші осы Қағидаларда көзделген шарттармен танысқанын және конкурстық комиссияға өзінің құқығы, біліктілігі, медициналық техниканы берудің сапалық және өзге де сипаттамалары туралы дәйексіз мәліметтер бергені үшін, сондай-ақ Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында көзделген өзге де шектеулер жөніндегі жауапкершілік туралы хабардар етілгенін растайды.

      Әлеуетті өнім беруші осы өтінімдегі мәліметтердің және оған қоса берілетін құжаттардың дұрыстығын растайды:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Р/с № | Құжат атауы | Парақтар саны |
|  |  |  |

      Осы өтінім тендердің қорытындылары шығарылғанға дейін жарамды.

      Тендерлік өтінімге атынан және тапсырмасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (әлеуетті өнім берушінің атауы) бойынша қол қоюға өкілеттігі бар тұлғаның лауазымы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және қолы

|  |  |
| --- | --- |
| Мөрі (бар болған жағдайда) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ж. |