|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу  Форма  (Кому) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование заказчика,  организатора закупа  или единого дистрибьютора) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п\п | Наименование документа | Количество листов |
|  |  |  |

**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 требованиями и условиями, предусмотренными Правилами  
организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и  
специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального  
медицинского страхования, фармацевтических услуг, утвержденными  
[постановлением](https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000375#z2) Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2021 года № 375  
(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:

      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. |