|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 10к Правилам организациии проведения закупалекарственных средств,медицинских изделийи специализированныхлечебных продуктов в рамкахгарантированного объемабесплатной медицинской помощи,дополнительного объемамедицинской помощи для лиц,содержащихся в следственныхизоляторах и учрежденияхуголовно-исполнительной(пенитенциарной)системы, за счет бюджетныхсредств и (или) в системеобязательного социальногомедицинского страхования,фармацевтических услуг Форма  |

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кому:

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

 (наименование и реквизиты
 организатора закупа, заказчика)

**Банковская гарантия (вид обеспечения исполнения договора)
Наименование банка:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование, БИН и другие реквизиты банка)

Гарантийное обязательство № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(местонахождение) |  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. |

     Принимая во внимание, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование Поставщика/ Исполнителя), (далее – Поставщик/Исполнитель)
заключил Договор/Дополнительное соглашение №\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_ г.
(далее – Договор/Дополнительное соглашение) на поставку (оказание)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(описание товаров или услуг) и Вами было предусмотрено в Договоре/

Дополнительном соглашении, что Поставщик/Исполнитель внесет обеспечение

его исполнения в виде банковской гарантии на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(сумма в цифрах и прописью) тенге.

Настоящим Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование банка)
подтверждает, что является гарантом по вышеуказанному Договору и берет

на себя безотзывное обязательство выплатить Вам по Вашему требованию сумму,

равную\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма в цифрах и прописью),
по получении Вашего письменного требования на оплату, по основаниям,

предусмотренным Договором и 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, а также письменного

подтверждения того, что Поставщик/Исполнитель не исполнил или исполнил

ненадлежащим образом свои обязательства по Договору.

Данная гарантия вступает в силу со дня ее подписания и действует до момента

полного исполнения Поставщиком своих обязательств по Договору.

Подписи уполномоченных лиц Банка.
(с указанием должности и Ф.И.О. (при его наличии))

Печать Банка