|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10  к Правилам 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  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