Приложение 2
к стандарту государственной услуги
«Определение соответствия (несоответствия)

потенциального поставщика услуг гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
предъявляемым требованиям»

Форма

Заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                       (наименование заказчика)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      (наименование потенциального поставщика)

Заявка
      на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию
       гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

      1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на
участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – потенциальный поставщик):
      юридический, почтовый адрес и контактные телефоны потенциального поставщика;
      банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК),
а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором
потенциальный поставщик обслуживается;
      фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика.
      2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской помощи:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по форме (-ам) медицинской помощи:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе по следующим высокотехнологичным медицинским услугам (ВТМУ)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
          3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                (наименование потенциального поставщика)
настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора
поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в качестве потенциального поставщика в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.        4. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность представленных сведений.
      Приложение:
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
           (наименование документа с указанием количества страниц)

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

Место печати (при наличии)

      Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_