Приложение 2            
к Правилам выбора поставщика услуг  
по оказанию гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи    
и возмещения его затрат

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