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

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кому:

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

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

(наименование и реквизиты организатора закупа, заказчика)

**Банковская гарантия (вид обеспечения исполнения договора)**

Наименование банка:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование, бизнес-идентификационный номер 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

10-қосымша

Нысан

Қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің тергеу изоляторлары мен мекемелерінде ұсталатын адамдар үшін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі, медициналық көмектің қосымша көлемі шеңберінде, бюджет қаражаты есебінен және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттарды, медициналық бұйымдарды және арнаулы емдік өнімдерді, фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді сатып алуды ұйымдастыру және өткізу қағидаларына

Шығ. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кімге:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сатып алуды ұйымдастырушының, тапсырыс берушінің атауы мен деректемелері)

**Банк кепілдігі**

**(шарттың орындалуын қамтамасыз ету түрі)**

**Банктің атауы:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(атауы, бизнес сәйкестендіру нөмірі және банктің басқа деректері)

**Кепілдік міндеттеме №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ ж.**

(орналасқан жері)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Өнім берушінің/Орындаушының атауы) (бұдан әрі – Өнім беруші/Орындаушы) №\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_ ж. Шарт/Қосымша келісім (бұдан әрі – Шарт/Қосымша келісім) жасасқанын назарға ала отырып, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тауарлардың немесе қызметтердің сипаттамасы)

және Сіз Шартта/Қосымша келісімде Өнім беруші/Орындаушы оның орындалуын қамтамасыз етуді жалпы сомасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сомасы санмен және жазумен) теңгеде банк кепілдігі түрінде енгізетінін қарастырдыңыз.

Осымен Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (банктің атауы) жоғарыда көрсетілген Шарт бойынша кепілдік беруші болып табылатынын растайды және қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің тергеу изоляторлары мен мекемелерінде ұсталатын адамдар үшін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі, медициналық көмектің қосымша көлемі шеңберінде, бюджет қаражаты есебінен және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттарды, медициналық бұйымдарды және арнаулы емдік өнімдерді, фармацевтикалық көрсетілетін қызметтерді сатып алуды ұйымдастыру және өткізу қағидаларында көзделген негіздемелер бойынша Сіздің ақы төлеуге жазбаша талабыңызды, сондай-ақ Өнім берушінің/Орындаушының Шарт бойынша өз міндеттемелерін орындамағаны немесе тиісінше орындамағаны туралы жазбаша растауын алғаннан кейін Сізге Сіздің талабыңызбен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ соманы (сомасы санмен және жазумен) төлеуге кері қайтарылмайтын міндеттемені өзіне алады.

Осы кепілдік оған қол қойылған күннен бастап күшіне енеді және Өнім беруші Шарт бойынша өз міндеттемелерін толық орындаған сәтке дейін қолданылады.

Банктің уәкілетті адамдарының қолдары:

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

(лауазымы мен Т.А.Ә. көрсетіліп) (бар болған жағдайда)

Банк мөрі