|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к Тендерной документации |
|  | 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, 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