Приложение 6
к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_

 Приложение 6
к стандарту государственной услуги «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Форма

Гарантийное обязательство

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
              (наименование потенциального поставщика (субподрядчика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания на срок не менее одного месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской помощи с приложением следующей информации:
           1. Информация о запасах лекарственных средств

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование лекарственного средства | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

  2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование изделий медицинского назначения | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

      3. Информация о запасах продуктов питания

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование продуктов питания | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Примечание:

\* В случае привлечения на договорной основе объекта общественного питания, соответствующего требованиям санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания», утвержденных приказом Министра национальной экономики республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 234 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 10982) прилагаются копии заключенных договоров на проведение услуг по организации питания больным:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | БИН/ИИН | Наименованиепоставщика | № и дата договора  | Адрес местонахождения поставщика |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

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

Место печати