|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес медициналық бұйымдардың шекті бағаларын талдау (референттік баға белгілеу) жүргізу жөніндегі«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ж. №\_\_\_\_\_ шартына қосымша |  | Приложение к Договору по проведению анализа предельных цен (референтного ценообразования) на медицинские изделия в соответствии с законодательством Республики Казахстан  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. №\_\_\_\_\_ |

Нысаны / Форма

**ТӨЛЕМ ӨТІНІМІ / ЗАЯВКА НА ПЛАТЕЖ №\_\_\_\_\_**

**по договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шартқа**

ЗАЯВКА НА ПЛАТЕЖ № \_\_

Төлемге өтінімі № \_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Шарттың күні мен нөмірі  Дата и номер договора |  |
| 2 | Өтініш беруші  Заявитель |  |
| 3 | Төлеуші  Плательщик |  |
| 4 | БИН/ИНН |  |
| 5 | Заңды мекенжайы  Юридический адрес |  |
| 6 | Нақты мекенжайы  Фарктический адрес |  |
| 7 | Телефон, электрондық почта  Телефон, электронная почта |  |
| 8 | Электронный адрес (e-mail) для получения счета |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Наименование медицинского изделия /** **Медициналық бұйымдардың атауы** | **Номер регистрационного удостоверения** (при наличии) / **Тіркеу куәлігінің нөмірі** (бар болса) | **Стоимость услуги с учетом НДС в тенге / ҚҚС есептегенде теңгемен бағасы** |
|  | **Изделие медицинского назначения** (за одну единицу измерения медицинского изделия) / Медициналық мақсаттағы бұйым (медициналық бұйымның бір өлшем бірлігі үшін) | | |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  | **Медицинская техника** (за одну единицу измерения медицинского изделия) /  Медициналық техника (медициналық бұйымның бір өлшем бірлігі үшін) | | |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Өтініш беруші / Заявитель**  **Өкілетті тұлғаның лауазымы /**  **Должность уполномоченного лица**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Аты-жөні / И. Фамилия**  қолы / подпись  М.О. / М.П. (болған кезде / при наличии) |