Приложение № 2

к Извещению № \_1\_\_ от «13» января 2010 года

на право заключения муниципального контракта

на оказание услуги внутрибольничной аптеки для пациентов

отделений ФГУЗ Медсанчасть № 140 ФМБА России в рамках

оказания населению города Перми бесплатной медицинской помощи

**/ФОРМА/**

**КОТИРОВОЧНАЯ ЗАЯВКА**

**на оказание услуги внутрибольничной аптеки для пациентов отделений**

**ФГУЗ Медсанчасть № 140 ФМБА России в рамках оказания населению города Перми бесплатной медицинской помощи**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_года

|  |  |
| --- | --- |
| ***Заполняется юридическим лицом:*** | |
| Наименование участника размещения заказа |  |
| Место нахождения |  |
| Банковские реквизиты |  |
| ИНН/ КПП |  |
| ***Заполняется индивидуальным предпринимателем:*** | |
| Ф.И.О. участника размещения заказа |  |
| Место жительства |  |
| Банковские реквизиты |  |
| ИНН |  |
| Согласие исполнить условия муниципального контракта | Согласен / не согласен *(указать)*  исполнить условия муниципального контрактаи оказать услугу внутрибольничной аптеки для пациентов отделений ФГУЗ Медсанчасть № 140 ФМБА России в рамках оказания населению города Перми бесплатной медицинской помощи в соответствии с требованиями, указанными в Извещении о проведении запроса котировок |
| Предлагаемая цена услуг, руб. |  |
| **Сведения о включенных (не включенных) в цену Услуги расходах** |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) (печать/подпись) (ФИО) | |