Приложение 13
к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_

 Приложение 13
к стандарту государственной услуги «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Форма

Сведения о наличии медицинской техники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
               (наименование потенциального поставщика(субподрядчика)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиемедицинскойтехники | В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет) | Годвыпуска | Количество | Текущее состояние медицинской техники(в рабочем/в нерабочем) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

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

Место печати