

Кому: \_\_\_\_\_

КОТИРОВОЧНАЯ ЗАЯВКА

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 г.

От кого:

Наименование (для юридического лица) \_\_\_\_\_

Местонахождение (для юридического лица) \_\_\_\_\_

Юридический адрес (для юридического лица) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (для физического лица) \_\_\_\_\_

Место жительства (для физического лица) \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ К/с \_\_\_\_\_ ИНН/КПП \_\_\_\_\_

Телефон (факс, адрес электронной почты) \_\_\_\_\_

**Уважаемые господа!**

Изучив Извещение № \_\_\_\_\_ о проведении запроса котировок цен на оказание услуг по Добровольному медицинскому страхованию (далее ДМС) по Программе «\_\_\_\_\_» для сотрудников «\_\_\_\_\_»  
(наименование программы ДМС)

\_\_\_\_\_»  
(наименование – для юридического лица; Ф.И.О. – для физического лица)  
предлагает оказать услуги по Добровольному медицинскому страхованию по программе «\_\_\_\_\_» для сотрудников «\_\_\_\_\_».

**Наименование, характеристика условий, место и сроки оказания услуг.**

**Количество сотрудников**, принимаемых на Добровольное медицинское страхование по Программе \_\_\_\_\_ сотрудников \_\_\_\_\_ человек, из них: \_\_\_\_\_ человек моложе 60-ти лет, \_\_\_\_\_ человек старше 60-ти лет.

**Место оказания услуг** по Добровольному медицинскому страхованию по программе \_\_\_\_\_ для сотрудников \_\_\_\_\_

(указать наименования лечебно-профилактических учреждений и их фактические адреса):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Объем (Перечень) услуг по Добровольному медицинскому страхованию по программе** \_\_\_\_\_ **для сотрудников** \_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Страховая сумма** на одного застрахованного по Добровольному медицинскому страхованию по программе \_\_\_\_\_ для сотрудников \_\_\_\_\_:

**Сроки оказания услуг :** \_\_\_\_\_

**Сроки, условия и порядок оплаты услуг:** \_\_\_\_\_

**Цена котировочной заявки с учетом всех налогов, сборов и других обязательных платежей:**

\_\_\_\_\_

Подавая настоящую котировочную заявку, Участник размещения заказа осознает, что в случае признания Участника размещения заказа победителем в настоящем запросе котировок, он обязуется осуществить Добровольное медицинское страхование по программе \_\_\_\_\_ для сотрудников \_\_\_\_\_ на указанных выше условиях, которые не подлежат изменению в течение всего срока исполнения контракта (договора страхования).

Банковские реквизиты Участника размещения заказа (расчетный счет, корреспондентский счет, БИК, ИНН, ОКПО, КПП)

Наименование Участника размещения заказа: \_\_\_\_\_  
(полное наименование участника размещения заказа)

Адрес Участника размещения заказа: \_\_\_\_\_  
(юридический адрес, фактический адрес)

Номер контактного телефона: \_\_\_\_\_

Руководитель (для юридических лиц) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)  
М.П.

Ф.И.О. (для физических лиц)

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015г.