

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.