## Заявка лизингополучателя

Рег. №. \_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

|  |
| --- |
| **Полное наименование лизингополучателя** *(с указанием формы собственности, БИН)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Сведения о предмете лизинга** |
| Наименование *(в соответствии с государственным реестром МТ)* |  |
| Данные регистрационного удостоверения *(№, дата выдачи, срок действия)*  |  |
| Модель |  |
| Производитель МТ, страна производителя |  |
| Стоимость МТ *(в тенге)* |  | Срок лизинга *(в месяцах)* |  |
| Первоначальный взнос, в % |  | Первоначальный взнос, в тенге |  |

|  |
| --- |
| **Общие сведения о лизингополучателе** |
| Ф.И.О. первого руководителя |  |
| Ф.И.О. лица, ответственного за проект |  |
| Фактический адрес |  |
| Юридический адрес |  |
| Рабочий телефон, ответственного лица |  | Рабочий телефон руководителя  |  |
| Мобильный телефон ответственного лица  |  | e-mail |  |
| ГОБМП *(данные по договору текущего года, в тенге)* |  | Платные услуги *(данные прошлого года, тенге)* |  |

|  |
| --- |
| **Соответствие условий эксплуатации МТ фактическим условиям лизингополучателя** |
| Параметры | Требуемые условия | Фактические условия | Срок приведения в соответствие **1***(в месяцах)* |
| Площадь помещения *(в кв. м)*Электроснабжение;Водоснабжение;Канализация;Вентиляция;Отопление;Другое. |  |  |  |
| Помещение(я) для хранения запаса расходных материалов |  |  |  |
| Наличие МТ, без которой невозможно использование запрашиваемой МТ  |  |  |  |
| Соответствующие специалисты *(кол-во)* |  |  |  |
| Особые параметры *(при наличии)* |  |  |  |

***1*** *при несоответствии фактических условий требуемым параметрам, указав срок приведения в соответствие, Лизингополучатель берёт на себя обязательства: 1) в случае несоответствия помещения – по приведению в соответствие; 2) в случае отсутствия специалистов – по обучению персонала к работе на запрашиваемой МТ*

|  |
| --- |
| **Объём платных услуг за последние 3 года с расшифровкой статей доходов:** |
| № | Наименование статьи дохода | Сумма, в тенге |
| 20\_\_г. | 20\_\_г. | 20\_\_г. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Стоимость медицинских услуг по калькуляции** |
| № | Наименование медицинских услуг | Стоимость, в тенге |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

*Примечание: заполняется в случае если отсутствует код тарифа на медицинские услуги*

*Лизингополучатель подтверждает, что вся вышеприведенная информация является подлинной и выражает согласие на проведение дальнейшего анализа проекта. В случае изменения информации обязуется незамедлительно письменно извещать и предоставлять соответствующие документы лизингодателю.*

**Руководитель организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*подпись*

М.П.