GEÇİCİ TEMİNAT MEKTUBU BİLGİLERİ

(Müşterinin Talebi Üzerine Düzenlenen Kopyadır)

|  |  |
| --- | --- |
| Geçici teminat mektubu ID | G-- |
| Banka – Şube adı/Sigorta Şirketi – Acente adı |  |
| İsteklinin adı ve soyadı /Ticaret unvanı |  |
| İsteklinin TC Kimlik No  |  |
| İsteklinin Vergi Kimlik No |  |
| İhalenin adı | 20 KALEM MEFRUŞAT MALZEMESİ ALIMI |
| İKN | / |
| İdarenin adı | T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TEKİRDAĞ DR.İSMAİL FEHMİ CUMALIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ SAĞLIK BAKANLIĞI BAKAN YARDIMCILIKLARI |
| Geçici teminat mektubu tutarı | , |
| Para birimi(TL) |  |
| Geçici teminat mektubu geçerlilik tarihi[[1]](#footnote-1) | // |
| Teminatın kontrgarantili olup olmadığı |  Kontrgarantili Kontrgarantisiz |
| Kontrgarantiyi veren yabancı banka veya kredi kuruluşunun adı |  |
| Düzenlenme tarihi | // |
| Çevrimiçi işlem numarası |  |

|  |
| --- |
| Ayırtedici numarası (ID) belirtilen geçici teminat mektubu, yukarıda belirtilen işe istekli sıfatıyla katılacak olan adına, bankamız/şirketimiz tarafından düzenlenmiş olup, 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliğive ihale dokümanı hükümleri çerçevesinde geçici teminatın gelir kaydedileceği hallerin ortaya çıkması halinde; protesto çekmeye, hüküm ve adı geçenin iznini almaya gerek kalmaksızın ve adı geçen ile idare arasında ortaya çıkacak herhangi bir uyuşmazlık ve bunun akıbet ve kanuni sonuçları dikkate alınmaksızın, yukarıda yazılı tutarı, idarenin ilk yazılı talebi üzerine derhal ve gecikmeksizin idareye veya emrine nakden ve tamamen ve talep tarihinden ödeme tarihine kadar geçen günlere ait kanuni faiziyle birlikte ödeneceği, bankamızın/şirketimizin imza atmaya yetkili temsilcisi ve sorumlusu tarafından bankamız/şirketimiz ad ve hesabına taahhüt ve beyan edilmiştir. |
| Geçici teminat mektubu yukarıda belirtilen geçerlilik tarihine kadar geçerli olup, bu tarihe kadar elimize geçecek şekilde idare tarafından yazılı tazmin talebinde bulunulmadığı takdirde hükümsüz olacaktır.  |
|  |
|  |  | \_ \_/\_ \_/ \_ \_ \_ \_ |
|  |  | Banka/Sigorta Şirketi Görevlisi*[Ad Soyad, Unvan]**[İmza]* |

1. İdari şartnamede belirtilen teklifin geçerlilik süresinin bitiminden itibaren 30 günden az olmamak üzere istekli tarafından belirlenecektir. [↑](#footnote-ref-1)