GEÇİCİ KEFALET SENEDİ

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü SAĞLIK BAKANLIĞI BAKAN YARDIMCILIKLARI

\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

No:.................

İdarenizce ihaleye çıkarılan *AYDIN DEVLET HASTANESİ 21 AYLIK MR HİZMETİ ALIMI* işine istekli sıfatıyla katılacak olan *[isteklinin adı ve soyadı/ticaret unvanı]*’nın 4734 sayılı Kanun ve ihale dokümanı hükümlerini yerine getirmek üzere vermek zorunda olduğu geçici teminat tutarı olan *[geçici teminatın tutarı]*……….1*[sigorta şirketinin ticaret unvanı]* garanti ettiğinden, 4734 sayılı Kanun ve ihale dokumanı hükümleri çerçevesinde; geçici teminatın gelir kaydedileceği hallerin ortaya çıkması halinde, protesto çekmeye, hüküm ve adı geçenin iznini almaya gerek kalmaksızın ve adı geçen ile idareniz arasında ortaya çıkacak herhangi bir uyuşmazlık ve bunun akıbet ve kanuni sonuçları dikkate alınmaksızın, yukarıda yazılı tutarı ilk yazılı talebiniz üzerine derhal ve gecikmeksizin idarenize veya emrinize nakden ve tamamen ve talep tarihinden ödeme tarihine kadar geçen günlere ait kanuni faiziyle birlikte ödeyeceğimizi *[sigorta şirketinin ticaret unvanı]*‘nın imza atmaya yetkili temsilcisi ve sorumlusu sıfatıyla ve *[sigorta şirketinin ticaret unvanı ]* ad ve hesabına taahhüt ve beyan ederiz.

Bu kefalet senedi …../…../….2 tarihine kadar geçerli olup, bu tarihe kadar elimize geçecek şekilde tarafınızdan yazılı tazmin talebinde bulunulmadığı takdirde hükümsüz olacaktır. 4734 sayılı Kanun’un 34 üncü maddesi uyarınca, bu kefalet senedi her ne suretle olursa olsun haczedilemez ve üzerine ihtiyati tedbir konulamaz.

*[sigorta şirketinin ticaret unvanı]*

*[varsa sigorta acentesinin adı]*

*[sigorta şirketi/acentesi]* yetkililerinin

İsim, unvan ve imzası

------------------------------------------------------------

1 Teklifin verildiği para birimi yazılacaktır.

2 4734 sayılı Kanunun 35 inci maddesine göre bu tarih, idari şartnamede belirtilen geçici kefalet senedi geçerlik tarihinden önceki bir tarih olmamak üzere istekli tarafından belirlenecektir.