KESİN HESAP KEFALET SENEDİ

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü SAĞLIK BAKANLIĞI BAKAN YARDIMCILIKLARI

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

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

İdarenizce yapılan ihale sonucunda *Aydın Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Diş Protez Havalandırma Yapım İşi* işini taahhüt eden yüklenici *[yüklenicinin adı ve soyadı/ticaret unvanı]*’nin, işe ait sözleşmenin “işin devamı sırasında kesin hesapların yapılması” başlıklı maddesi gereği, kesin hesabı idareye verilmemiş imalatlara ait tutarların % 5’ine denk gelen ve kesin hesaptan önce ………. nolu hakediş ile yükleniciye ödenen …*[teminat tutarı]*………1’sının ödenmesini ………. *[sigorta şirketinin ticaret unvanı]* garanti ettiğinden, ilk yazılı talebiniz üzerine;

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, ödenmesini garanti ettiğimiz tutarı geçmemek kaydı ile yazılı talebinizde belirtilen tutarı derhal ve gecikmeksizin idarenize nakden ve tamamen, 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 Bu tarih, kesin hakediş raporunun tahmini düzenlenme tarihi göz önünde bulundurularak idarece belirlenecektir.