**Додаток 2-в**

**до Документації**

**АНКЕТА**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ АНТИКОРУПЦІЙНОЇ ПЕРЕВІРКИ ДІЛОВИХ ПАРТНЕРІВ**

Інформація, наведена у цій Анкеті, буде використовуватися і розголошуватися для/від імені державного підприємства «Медичні закупівлі України» для проведення антикорупційної перевірки ділових партнерів.

Будь ласка, вкажіть інформацію у відповідних полях нижче:

| Повна юридична назва компанії (Організації): |  |
| --- | --- |
| Інформація щодо реєстрації юридичної особи:Вулиця: |  |
| Місто: |  |
| Область: |  |  |  |
| Поштовий індекс та країна реєстрації: |  |  |  |
| Телефон/факс: |  |  |  |
| Адреса веб-сайту Компанії: |  |
| ПІБ контактної особи, посада: |  |
| Телефон та e-mail: |  |

1. Вкажіть організаційно-правову форму Вашої Компанії (Організації) (*наприклад, благодійна організація, Товариство з обмеженою відповідальністю, тощо)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Перерахуйте усіх власників (учасників/засновників/акціонерів) Вашої Компанії (Організації) (частки яких разом складуть 100%)

| **ПІБ/Назва компанії** | **%** | **Країна реєстрації** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Вкажіть інформацію про кінцевого бенефіціарного власника Вашої Компанії

| **Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)** | **Країна реєстрації** |
| --- | --- |
|  |  |

1. Чи є Ваша Компанія (Організація) дочірнім підприємством або материнською компанією іншої компанії? Якщо так, то вкажіть, будь ласка, її повну назву:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Як довго Ваша Компанія (Організація) веде діяльність (у роках та місяцях)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чи мають керівники та працівники Вашої Компанії (Організації), які залучені або будуть залучені до виконання договору, особисті сімейні, ділові та/або дружні стосунки із працівниками ДП «Медзакупівлі України». Якщо так, надайте інформацію про таких працівників Вашої компанії (прізвище, ім’я, по батькові, посада), характер таких стосунків та інформацію про відповідних працівників ДП «Медзакупівлі України».

**☐ Так ☐ Ні**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Чи буде будь-який державний службовець чи родич державного службовця, який займає посаду, що могла б надати йому можливість вплинути на рішення або дії щодо предмета цього договору або запропонованого договору або діяльності Державного підприємства «Медичні закупівлі України», член політичної партії чи кандидат на державну посаду, мати право на будь-яку компенсацію чи винагороду, яку Державне підприємство «Медичні закупівлі України» сплатить у межах запропонованого договору?

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо ТАК, назвіть, будь ласка, прізвище такого державного службовця, державну організацію (агентство, комітет, установу тощо), до якої він належить, його посаду та точну суму, яка буде надана. Також вкажіть, будь ласка, інформацію щодо членів політичних партій чи кандидатів на державну посаду.

| **Прізвище** | **Організація** | **Посада** | **Сума** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Чи була Ваша Компанія (Організація) чи будь-хто із її працівників (включаючи засновників та акціонерів) відповідачем у будь-яких судових спорах, пов’язаних із шахрайством, хабарництвом, корупцією і/чи іншою протизаконною діяльністю за останні 10 років?

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо ТАК, наведіть, будь ласка, детальну інформацію (наприклад, дату початку розгляду спору, прийняття рішення, їхній вид та кількість, результат розгляду). Будь ласка, не вказуйте ПІБ вказаних осіб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Укажіть, будь ласка, чи існують асоційовані із Вашою Компанією (Організацією) особи (в розумінні статті 126 Господарського кодексу України).

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо ТАК, наведіть, будь ласка, таку інформацію:

| **Назва та адреса компанії** | **Діяльність** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Чи планує Ваша Компанія (Організація) взаємодіяти з будь-якими іншими компаніями (субпідрядниками), включно із дочірніми підприємствами, філіями, партнерствами або спільними підприємствами Вашої Компанії (Організації), або з фізичними особами, які не є працівниками Вашої Компанії (Організації) для виконання договорів з ДП «Медзакупівлі України», які є резидентами російської федерації або республіки білорусь?

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо ТАК, наведіть, будь ласка, назву та адресу субпідрядника (чи ПІБ та адресу фізичної особи), його зв'язок із Вашою Компанією (Організацією) та вид діяльності, які він буде здійснювати у якості субпідрядника.

| **Назва/адреса**  | **Зв'язок** | **Діяльність** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Чи планує Ваша Компанія (Організація) поставляти товари, країнами походження яких є російська федерація або республіка білорусь?

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо ТАК, вкажіть, будь ласка, повну назву та адресу виробника таких товарів (чи ПІБ та адресу фізичної особи), його ідентифікаційний податковий номер.

| **Назва/адреса**  | **Ідентифікаційний податковий номер** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Чи має Ваша Компанія (Організація) антикорупційну політику (програму) та уповноваженого з реалізації антикорупційної політики?

**☐ Так ☐ Ні**

Якщо Так, надайте інформацію про таку особу, її контактний телефон та короткий опис антикорупційних заходів, які проводяться Вашою компанією (Організацією).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ми (назва компанії та/або Організації), ознайомлені із Антикорупційною програмою та Кодексом етики та ділової поведінки ДП «Медзакупівлі України» та зобов’язуємось їх дотримуватися під час виконання договору.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Підпис) (Дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ ) (Посада)

*Учасник має право поставити на документі відбиток печатки у випадку її використання учасником.*