

Приложение  
к Правилам применения  
освобождения от налога на  
добавленную стоимость при  
импорте лекарственных средств  
в рамках гарантированного  
объема бесплатной  
медицинской помощи и  
обязательного медицинского  
страхования, а также для  
лечения орфанных и социально  
значимых заболеваний

Руководителю  
территориального органа  
государственных доходов

---

---

**Обязательство  
о целевом использовании лекарственных средств, фармацевтических  
субстанций и балк-продуктов лекарственных средств, ввозимых  
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и  
обязательного социального медицинского страхования,  
за исключением лекарственных средств для лечения орфанных и  
социально значимых заболеваний**

Импортером \_\_\_\_\_

---

---

---

(полное наименование поставщика – юридического лица (адрес, банковские реквизиты, БИН)  
либо фамилия, имя, отчество (при его наличии) поставщика физического лица (ИИН/БИН))

завезены в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и  
обязательного социального медицинского страхования.

\_\_\_\_\_

(наименование товара согласно декларации (-ям) на товары №)

В связи с чем обязуюсь, что ввезенные лекарственные средства,  
фармацевтические субстанции и балк-продукты лекарственных средств будут  
использованы в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи и обязательного социального медицинского страхования и (или) для их производства (нужное подчеркнуть).

При использовании указанных лекарственных средств, фармацевтических субстанций и балк-продуктов лекарственных средств в иных целях обязуюсь уплатить налоги, не уплаченные при таможенной очистке, в размере \_\_\_\_\_ тенге и пеню с них в соответствии с налоговым законодательством Республики Казахстан и таможенным законодательством Республики Казахстан и (или) Евразийского экономического союза.

Подпись получателя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
*(полное наименование импортера – юридического лица либо фамилия, имя, отчество (при его наличии) поставщика физического лица)*

---