

Объявление
о проведении закупа способом запроса ценовых предложений
согласно Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических
(иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского
назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи в системе
обязательного социального медицинского страхования от 30 октября 2009 года №1729

КГП на ПХВ «Поликлиника №3 города Экибастуза», г. Экибастуз, ул. М. Жусупа 42 Г, объявляет о проведении закупа способом запроса ценовых предложений.

Место поставки: г. Экибастуз, ул. М. Жусупа 42 Г (склад).

Сроки поставки: согласно заявкам в течении 5 дней, до 31 декабря 2018 года

Место представления документов: г. Экибастуз, ул. М. Жусупа 42 Г, КГП на ПХВ «Поликлиника №3 города Экибастуза», каб. 501

Окончательный срок подачи ценовых предложений: 10 сентября 2018г, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 10 сентября 2018г. 11.00 часов по адресу г. Экибастуз, ул. М. Жусупа 42 Г, КГП на ПХВ «Поликлиника №3 города Экибастуза», каб 514.

| № лота | Наименование | Характеристика | Ед. изм. | Цена | Кол-во | Сумма |
|--------|---------------|----------------------------------|----------|--------|--------|--------|
| 1 | Натрия хлорид | раствор для инфузий 0,9 % 100 мл | флакон | 105,76 | 2500 | 264400 |
| 2 | Натрия хлорид | раствор для инфузий 0,9 % 250мл | флакон | 132,07 | 2500 | 330175 |

Каждый потенциальный поставщик до истечения окончательного срока представления ценовых предложений представляет только одно ценовое предложение в запечатанном виде. Конверт содержит ценовое предложение по форме утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения, разрешение, подтверждающее права физического или юридического лица на осуществление деятельности или действий (операций), осуществляемое разрешительными органами посредством лицензирования или разрешительной процедуры, в сроки, установленные заказчиком или организатором закупа, а также документы, подтверждающие соответствие предлагаемых товаров требованиям, установленным главой 4 настоящих правил, а также описание и объем фармацевтических услуг.

От «__» _____ 2017 года №__

**Ценовое предложение потенциального поставщика
(наименование потенциального поставщика) (заполняется отдельно
на каждый лот)**

Лот №

| № п/п | Содержание | |
|----------|---|--|
| 1 | Описание лекарственного средства (международное непатентованное наименование, состав лекарственного средства, техническая характеристика, дозировка и торговое наименование), изделия медицинского назначения | |
| 2 | Страна происхождения | |
| 3 | Завод-изготовитель | |
| 4 | Единица измерения | |
| 5 | Цена _____ за единицу в _____ на условиях DDP ИНКОТЕРМС 2010 (пункт назначения) | |
| 6 | Количество | |
| 7 | Общая цена, в _____ на условиях DDP ИНКОТЕРМС 2010 пункт назначения, включая все расходы потенциального поставщика на транспортировку, страхование, уплату таможенных пошлин, НДС и других налогов, платежей и сборов, другие расходы | |

_____ Печать (при наличии) _____

Подпись _____

_____ должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Примечание: потенциальный поставщик может не указывать составляющие общей цены, при этом указанная в данной строке цена рассматривается как цена, определенная с учетом всех затрат потенциального поставщика.