

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 2017 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: 26 октября 2017г, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 26 октября 2017г. 11.00 час по адресу г.Экибастуз, ул.М.Жусупа 42 Г, КГП на ПХВ «Поликлиника №3 города Экибастуза», каб. 501.

(скрининг)

| № | Наименование | Ед.изм. | Кол-во | Цена | Сумма выделенная для закупа |
|---|--|----------|--------|---------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Экспресс – тест для качественного определения скрытой крови в кале | комплект | 1700 | 1169,77 | 1 988 609 |

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.

**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.