

**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: 13 февраля 2018г, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 13 февраля 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 выделенная для закупа
1	2	3	4	5	6	7
1	Кассета маммографическая для оцифровщика Agfa CR-30 xM	Кассета маммографическая для оцифровщика CR-30 xM CR MM 3.0T Mammo set размер 24×30 см	шт	336600	2	673200

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.