

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: в течении 5 календарных дней со дня заключения договора.

Место представления документов: г.Экибастуз, ул.М.Жусупа 42 Г, КГП на ПХВ «Поликлиника №3 города Экибастуза», каб. 514

Окончательный срок подачи ценовых предложений: 11 декабря 2017г, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 11 декабря 2017г. -11.00 час 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	Стекло просвинцованное рентгенозащитное.	Стекло просвинцованное рентгенозащитное, размеры 600*400*15 мм, свинцовый эквивалент 3,0 мм Pb	шт	420000	1	420000

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.