**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: 13 марта 2017г, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 14 марта 2017г. 15.00 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 | Тест – полоски Аккутренд Глюкоза Accutrend Glucose 25 | упаковка | 187 | 2236 | 418132 |
| 2 | Тест – полоски Аккутренд Холестерин Accutrend Glucose 25 | упаковка | 187 | 7970 | 1490390 |
| 3 | Экспресс – тест для качественного определения скрытой крови в кале | комплект | 1100 | 1150 | 1265000 |

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 требованием, установленным главой 4 настоящих правил, а также описание и объем фармацевтических услуг.

Приложение 12

к приказу Министра

здравоохранения и

социального развития

Республика Казахстан

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.