

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 графику поставки, до 31 декабря 2019 года

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

Окончательный срок подачи ценовых предложений: 13 мая 2019 года, до 10-00 часов.

Дата, время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями: 13 мая 2019 года 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	CELLPACK, 20л (закрытая система)	Раствор из комплекта на Гематологический анализатор SysmexXP300(закрытая система), должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Потребительская упаковка должна быть снабжена штрих-кодом для введения данных в ПО анализатора. Состав: Хлорид натрия 6,38 г/л Борная кислота 1,0г/л Тетрахлорат натрия 0,2г/л ЕДТА-2К г/л.	упак овка	37200	65	2418000
2	STROMATOLYZ ER-WH,(закрытая система) 3x500 мл	Раствор из комплекта на Гематологический анализатор SysmexXP300(закрытая система) должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Потребительская упаковка должна быть снабжена штрих-кодом для введения данных в ПО анализатора. Состав: Органический четвертичный хлористый аммоний 8,5г/л. Хлорид натрия 0,6г/л	упак овка	106300	25	2657500
3	CELLCLEAN,50 мл(закрытая система)	Раствор из комплекта на Гематологический анализатор SysmexXP300(закрытая система) должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Потребительская упаковка должна быть снабжена штрих-кодом для введения данных в ПО анализатора. Состав: Гипохлориднатрия(доступная концентрация хлора 5,0%)	упак овка	35200	10	352000
4	Контрольный материал Eightcheck-3WP 'High', 1,5 млна Гематологический	Должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Проверяет высокий аномальный диапазон. поставляется с тест-бланком со штрих-кодом для ввода данных с помощью	флак он	11500	5	57500

	анализатор Sysmex XP300 (закрытая система)	ручного сканера штрих-кодов и контроля целостности анализатора.				
5	Контрольный материал Eightcheck-3WP 'Low', 1,5 мл на Гематологический анализатор Sysmex XP300 (закрытая система)	Должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Используется для низкого аномального диапазона, поставляется с тест-бланком со штрих-кодом для ввода данных с помощью ручного сканера штрих-кодов и контроля целостности анализатора.	флак он	11500	5	57500
6	Контрольный материал Eightcheck-3WP 'Normal', 1,5 мл на Гематологический анализатор Sysmex XP300 (закрытая система)	Должен соответствовать требованиям, указанным в руководстве по эксплуатации оборудования. Проверяет нормальный диапазон, поставляется с тест-бланком со штрих-кодом для ввода данных с помощью ручного сканера штрих-кодов и контроля целостности анализатора.	флак он	11500	5	57500

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.