Приложение 4

к [правилам](#sub100) организации и

проведения закупа лекарственных

средств, медицинских изделий и

специализированных лечебных

продуктов в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи, дополнительного объема

медицинской помощи для лиц,

содержащихся в следственных

изоляторах и учреждениях уголовно-

исполнительной (пенитенциарной)

системы, за счет бюджетных средств

и (или) в системе обязательного

социального медицинского страхования,

фармацевтических услуг

Приложение к [приказу](#sub0)

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 7 июня 2023 года

№ 110

Форма

Объявление **№31 от 19.09.2023 года** о проведении закупа способом запроса ценовых предложений

**Наименование и адрес заказчика или организатора закупа:** Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Областной кардиологический центр» Государственного учреждения «Управление здравоохранения области Жетісу», РК, область Жетісу, г.Талдыкорган, ул.Ескельды би,224.

Международные непатентованные наименования закупаемых лекарственных средств (торговое название – при индивидуальной непереносимости), наименования медицинских изделий без указания торговой марки и производителя и их краткая характеристика, объем закупа, место поставки, сумму, выделенную для закупа по каждому лекарственному средству или медицинскому изделию:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Техническая характеристика** | **ед.изм** | **к-во** | **Цена/тг** | **сумма, в тенге** |
|  | Лекарственные средства |  |  |  |  |  |
| 1 | Тримеперидин | Раствор для инъекций, 2 %, 1 мл, № 5, промедол | амп | 500 | 119,75 | 59875,0 |
|  | **Итого:** |  |  |  |  | 59875,0 тг |

**Сроки и условия поставки:**  по заявке Заказчика в течение 15 календарных дней. Поставленные товары должны соответствовать требованиям законодательства Республики Казахстан, что подтверждается поставщиком соответствующими документами.

**Место представления (приема) документов и окончательный срок подачи ценовых предложений**: 040000, область Жетісу, г. Талдыкорган, ул. Ескельды би, 224, кабинет №102. Окончательный срок подачи ценовых предложений: до 9 часов 30 минут «26» сентября 2023 года включительно. Конверты с ценовыми предложениями принимаются с 8 часов 00 минут до 17 часов 00 минут в рабочие дни, обеденный перерыв с 13 часов 00 минут до 14 часов 00 минут, в нерабочее время и выходные дни конверты не принимаются!

**7. Дата, время и место рассмотрения ценовых предложений:** Конверты с ценовыми предложениями вскрываются по адресу: 040000 г. Талдыкорган, ул. Ескельды би, 224, в 11 часов 15 минут «26» сентября 2023 года.

**Примечание:** *конверты с ценовыми предложениями формируются и предоставляются в соответствии с требованиями**Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 110 Об утверждении правил организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг.*

***Конверты предоставляются нарочно уполномоченным лицом (с предоставлением документов, подтверждающих полномочия) либо курьерской почтой.***

Тел. для справок: 8 (7282)39-00-45

Форма ценового предложения на поставку лекарственного средства и (или) медицинского изделия:

Приложение 2

к [правилам](#sub100) организации и

проведения закупа лекарственных

средств, медицинских изделий

и специализированных лечебных

продуктов в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи, дополнительного объема

медицинской помощи для лиц,

содержащихся в следственных

изоляторах и учреждениях уголовно-

исполнительной (пенитенциарной)

системы, за счет бюджетных средств

и (или) в системе обязательного

социального медицинского страхования,

фармацевтических услуг

Форма

Ценовое предложение потенциального поставщика

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование потенциального поставщика)

на поставку лекарственного средства и (или) медицинского изделия

№ закупа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ закупа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лот № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Содержание ценового предложения на поставку лекарственного средства/медицинского изделия | Содержание  (для заполнения потенциальным поставщиком) |
| 1 | Наименование лекарственного средства или медицинского изделия (международное непатентованное название или состав) |  |
| 2 | Характеристика |  |
| 3 | Единица измерения |  |
| 4 | № Регистрационного удостоверения (удостоверений)/разрешения на разовый ввоз |  |
| 5 | Торговое наименование лекарственного средства или медицинского изделия |  |
| 6 | Лекарственная форма/характеристика (форма выпуска) по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз |  |
| 7 | Единица измерения по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз |  |
| 8 | Производитель, по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз |  |
| 9 | Страна происхождения по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз |  |
| 10 | Фасовка (количество единиц измерения в упаковке) по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз |  |
| 11 | Цена за единицу в тенге на условиях DDP ИНКОТЕРМС 2020 до пункта (пунктов) доставки/цена с наценкой Единого дистрибьютора (при закупе Единым дистрибьютором) | \* |
| 12 | Количество в единицах измерения (объем) |  |
| 13 | Сумма поставки в тенге на условиях DDP ИНКОТЕРМС 2020 до пункта (пунктов) доставки, включая все расходы потенциального поставщика на транспортировку, страхование, уплату таможенных пошлин, НДС и других налогов, платежей и сборов, другие расходы |  |
| 14 | График поставки |  |

\* цена потенциального поставщика/цена с учетом наценки Единого дистрибьютора

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Должность, Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Печать (при наличии)