

Приложение 4  
к правилам 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  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 7 июня 2023 года  
№ 110

Форма

### Объявление № 4 от 05.03.2024 года о проведении закупа способом запроса ценовых предложений

**Наименование и адрес заказчика или организатора закупа:** Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Талдыкорганский кожно-венерологический диспансер» Государственного учреждения «Управление здравоохранения области Жетісу», РК, область Жетісу, г.Талдыкорган, ул.Абая , 243.

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:

№	МНН	Торговое название	Лекарственная форма	ед.изм	Цена за единицу	кол-во	Выделенная сумма
1	Тетрациклин	Тетрациклин	Мазь для наружного применения 3% , 15 г № 1	туба	154,02	400	61608,00
2	Йод	Йод	Раствор спиртовой 5 % - 30 мл	флакон	98,04	500	49020,00
3	Бензилпенициллин	Бензилпенициллин натриевая соль	Порошок для приготовления раствора для инъекции 1 000 000 ЕД	флакон	51,44	3000	154320,00

5	Контейнеры	Контейнеры для анализа мочи	Контейнеры для анализа мочи 100 мл	штук	100,00	500	50000,00
17	Скальпель	Скальпель с защитным колпачком	Скальпель размеры: 18 С защитным колпачком из углеродистой стали, одноразовый, стерильный.	штук	119,00	50	5950,00

**Сроки и условия поставки:** по заявке Заказчика в требуемом объеме в течение года до 31 декабря 2024 года. 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. Талдықорган, ул. Абая, 243, кабинет бухгалтерии. Окончательный срок подачи ценовых предложений: до 10 часов 00 минут «11» марта 2024 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. Талдықорган, ул. Абая, 243, в 11 часов 00 минут «11» марта 2024 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 закупок 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: 8 777 015 60 28

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

Приложение 2  
к правилам организации и  
проведения закупок 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 покупке 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)