Приложение 5

к [приказу](#sub0) Министра здравоохранения и

социального развития Республики Казахстан

от 18 января 2017 года № 20

Форма

Сведения о квалификации (заполняются потенциальным поставщиком при закупках лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, фармацевтических услуг)

Наименование тендера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Общие сведения о потенциальном поставщике:

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

Наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица, осуществляющего предпринимательскую деятельность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИН/ИИН\*/УНП\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Объем товаров, поставленных (произведенных) потенциальным поставщиком, аналогичных (схожих) закупаемым на тендере/двухэтапном тендере\*\*\* (заполняется в случае наличия)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование товара | Наименование заказчика | Место поставки товара | Дата поставки товара | Наименование, дата и номер подтверждающего документа | Стоимость договора, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

\*\*\* Достоверность всех сведений о квалификации подтверждаю

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

Подпись, дата должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

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

Печать (при наличии)

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

\*БИН/ИИН - бизнес идентификационный номер/индивидуальный идентификационный номер;

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

\*\*УНП - учетный номер налогоплательщика.

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

|  |
| --- |
| Қазақстан РеспубликасыДенсаулық сақтау жәнеәлеуметтік даму министрінің2017 жылғы 18 қаңтардағы№ 20 бұйрығына5-қосымша |
|   | Нысан |

**Біліктілік туралы мәліметтер
(дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды, медициналық техниканы, фармацевтикалық қызметті сатып алу кезінде әлеуетті өнім беруші толтырады)**

      Сатып алудың атауы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      1. Әлеуетті өнім беруші туралы жалпы мәліметтер:

      Атауы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      БCН/CТН/СТЖН/ТЕУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Тендерде/екі кезеңдік тендерде сатып алынатын әлеуетті өнім беруші

      жеткізген (өндірген) ұқсас (үйлес) тауарлар көлемі\* (болған жағдайда толтырылады)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тауардың атауы | Тапсырыс берушінің атауы | Тауарды жеткізу орны | Тауарды жеткізу күні |
|  |  |  |  |

      \* Біліктілік туралы барлық мәліметтердің анықтығын растаймын

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

       Қолы, күні лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

      Мөрі

      (бар болса)

      \* БСН/ЖСН - бизнес сәйкестендіру нөмірі/ жеке сәйкестендіру нөмірі;

      \*\*СТТН - салық төлеушінің тіркеу нөмірі