|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 5к приказу Министра здравоохранения исоциального развития Республики Казахстанот 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. |