|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к Правилам регулирования, формирования предельных цен и наценки медицинские изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

Коммерческое предложение

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата коммерческого предложения | |  | | | |
| Условия поставки | | DDP: Наименование организации здравоохранения. | | | |
| Гарантия | | Не менее 37 месяцев с даты подписания акта установки оборудования. | | | |
| Доход (прибыль) | | Доход (прибыль) поставщика не превышает 15 %, включен в стоимость | | | |
| Доставка | | Суммарная стоимость расходов, связанных с доставкой медицинской техники до заказчика не превышает 10 %, включена в стоимость | | | |
| Обучение | | Включено в стоимость | | | |
| Срок действия предложения | | По "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года | | | |
| Срок поставки | | \_\_\_ дней с момента подписания договора | | | |
| Сведения о регистрации медицинской техники | | Наименование медицинской техники \_\_\_\_\_\_\_ РК-МИ-\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_ Дата истечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Первый руководитель поставщика и контактное лицо по медицинской технике | | Должность | | | |
| должность, тел., e-mail | |
| Реквизиты поставщика: | | Наименование: БИН: ИИК: Банк: Адрес: | | | |
| Каталожный  номер | Наименование медицинской техники (по регистрационному удостоверению) | Кол-во (ед. изм.) | Стоимость (тенге) | Сумма (тенге) | Сведения о регистрации № пункта в свидетельстве о регистрации |
| Основные комплектующие: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Дополнительные комплектующие: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Расходные материалы: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Принадлежности: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Гарантийное сервисное обслуживание 37 месяцев | | | | | Включено в стоимость медицинской техники |
| Итого сумма: \_\_\_\_\_(прописью) тенге | | | | | |

      Настоящим гарантирую и подтверждаю достоверность и полноту содержания предоставленных документов и материалов.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии) (подпись)