|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 7к Правилам регулирования,формирования предельных цени наценки медицинские изделияв рамках гарантированного объемабесплатной медицинской помощии (или) в системе обязательногосоциального 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: |
| Каталожныйномер | 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)