Приложение 5
к приказу 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. |