

Объявление о проведении закупки способом запроса ценовых предложений № 33 от 05 сентября 2024 года

Наименование и адрес заказчика или организатора закупки Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Многопрофильная областная детская больница» государственного учреждения «Управление здравоохранения области Жетісу», г. Талдықорған, ул. Ескелді би, 285.

Международные непатентованные наименования лекарственных средств (торговое название – при индивидуальной переносимости), наименования медицинских изделий без указания торговой марки и производителя и их краткая характеристика, объем закупки, место поставки, сумму, выделенную для закупки по каждому лекарственному средству и (или) медицинскому изделию:

№ лота	Наименование лота	Краткая характеристика	Объем закупки (кол-во)	Цена за единицу	Место поставки	Сумма выделенную для закупки
1	Сыворотка противостолбнячная	Сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидкая. Раствор для внутримышечного и подкожного введения 3000МЕ: ампл. 5шт.	2 упаковки	15 000,00	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	30 000,00
2	Сыворотка против яда каракурта	Раствор для инъекции. Ампулы 5мл. Не менее 250 АЕ в 1 лечебной дозе.	2 штуки	120 000,00	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	240 000,00
3	Шприц одноразовый на 150мл	Применяется для отсасывания различных жидкостей из организма и промывания внутренних полостей пациента, стерильный одноразовый с наконечником, имеет резиновую манжету, покрытую силиконом, обеспечивающим максимально плавный ход	100 штук	600,00	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	60 000,00
4	Термометр цифровой электронный жесткий	Индивидуальная упаковка состоит из термодатчика с жидкокристаллическим экраном и корпуса, выполненного из высококачественного пластика. -тип: максимальный; -диапазон измерения: 32,0С – 42,0С	20 штук	1 000тг	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	20 000,00
5	Амри-К	Амри-К показан в качестве антитота к антикоагулянтным препаратам при лечении кровотечения или угрозы кровотечения, связанного с низким уровнем протромбина или фактора VII в крови.	5 ампул	132,74	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	6 637,00
6	Гель для ультразвуковых исследований в канистре 5л	Нейтрален, растворим в воде, сохраняет вязкость независимо от температуры и pH кожи. Легко и равномерно наносится на кожу и не оказывает раздражающего	5 канистр	5 505,17	область Жетісу, г.Талдықорған, ул. Ескелді би, 285	27 525,85

	действия. Состав: карбомер (940), глицерин, триэтаноламин, додецилсульфат натрия, Tween80, этил гидроксид бензоата, дистиллированная вода. Срок годности - 2 года.			285	
7	Диклофенак натрия Раствор для инъекций 75мг 3мл	100 ампул	29,90	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	2 990,00
8	Chase Buffer - Чейз буфер Формат набора в виде объединенных в тест-карты тест-полосок с возможностью их разделения, в защитной фольге. Буфер для работы с цельной кровью в отдельном флаконе объемом не менее 2,5мл. Проведение исследования (при использовании плазмы или сыворотки) в один этап без применения буфера, капиллярных трубок или других реактивов. Одностадийный тест. Время проведения теста не менее 20мин. Время считывания результата после проведения теста не менее 30мин. Используемый объем образца не более 50мкл. Чувствительность не менее 100%. Специфичность по антигену не менее 99,7%. Специфичность по антигенам не менее 99,9%.	Упаковка (1 флакон)	7 000,00	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	7 000,00
9	Капилляр Капилляры для анализа КЩС, а также крови предназначены для взятия пробы капиллярной крови из пальца, мочки уха или пятки	Упаковка (100 штук)	17 000,00	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	17 000,00
10	Сулероцеф Порошок для в/м инъекции по 2 грамма	500 флаконов	1 163,19	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	581 595,00
11	Цефоперазон Порошок для в/м инъекции по 1 грамму	1000 флаконов	345,47	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	14 450,00
12	Капия-теллуриг 3,5% Капия-теллуриг 0.350г. Дистиллированная вода 1,0мл. Рекомендуется для селективного выделения стафилококков и коринебактерий.	10 упаковок (в упаковке 5 флаконов)	55 432,00	область Жетісу, г.Талдықорган, ул. Ескелді би, 285	554 320,00

роки и условия поставки в течение 3 рабочих дней со дня подачи заявки заказчика, поставка в область Жетісу, г. Талдықорған, ул. Ескелді би, 285. Хранение и транспортировка в условиях, обеспечивающих сохранение их безопасности, эффективности и качества, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 февраля 2021 года №КР ДСМ-19 «Об утверждении правил хранения и транспортировки лекарственных средств и медицинских изделий».

Место представления (приема) документов и окончательный срок подачи ценовых предложений область Жетісу, г. Талдықорған, ул. Ескелді би, 285, кабинет бухгалтерии (с 08.00 до 17.00 часов, кроме выходных и праздничных дней). Окончательный срок подачи ценовых предложений – до 10 часов 00 минут 11 сентября 2024 года.

Дата и время рассмотрения ценовых предложений до 12 часов 00 минут 11 сентября 2024 года.

Примечание: конверты с ценовыми предложениями формируются и представляются в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 110 «Об утверждении правил организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетного медицинского социального страхования, фармацевтических услуг».

Форма ценового предложения на поставку лекарственного средства и (или) медицинского изделия согласно приложению 2
Конверты предоставляются лично уполномоченным лицом (с предоставлением документов, подтверждающих полномочия) либо курьерской почтой.

Директор



Оспангалиев К.Е.

Приложение 2
 к Правилам организации
 и проведения закупок
 лекарственных средств,
 медицинских изделий
 и специализированных
 лечебных продуктов в рамках
 гарантированного объема
 бесплатной медицинской помощи,
 дополнительного объема
 медицинской помощи для лиц,
 содержащихся в следственных
 изоляторах и учреждениях
 уголовно-исполнительной
 (пенитенциарной)
 системы, за счет бюджетных
 средств и (или) в системе
 обязательного социального
 медицинского страхования,
 фармацевтических услуг

Ценовое предложение потенциального поставщика

_____ (наименование потенциального поставщика)
 на поставку лекарственного средства и (или) медицинского изделия

№ закупа _____ Способ закупа _____ Лот № _____

№ п/п	Содержание ценового предложения на поставку лекарственного средства/медицинского изделия	Содержание (для заполнения потенциальным поставщиком)
1	Наименование лекарственного средства или медицинского изделия (международное непатентованное название или состав)	
2	Характеристика	
3	Единица измерения	
4	№ Регистрационного удостоверения (удостоверений) /разрешения на розовый ВВОЗ	
5	Торговое наименование лекарственного средства или медицинского изделия	

	Лекарственная форма/характеристика (форма выпуска) по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз	
7	Единица измерения по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз	
8	Производитель, по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз	
9	Страна происхождения по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз	
10	Фасовка (количество единиц измерения в упаковке) по регистрационному удостоверению/разрешению на разовый ввоз	
11	Цена за единицу в тенге на условиях ДДР ИНКОТЕРМС 2020 до пункта (пунктов) доставки/цена с наценкой Единого дистрибьютора (при закупке Единым дистрибьютором)	*
12	Количество в единицах измерения (объем)	
13	Сумма поставки в тенге на условиях ДДР ИНКОТЕРМС 2020 до пункта (пунктов) доставки, включая все расходы потенциального поставщика на транспортировку, страхование, уплату таможенных пошлин, НДС и других налогов, платежей и сборов, другие расходы	
14	График поставки	

* цена потенциального поставщика/цена с учетом наценки Единого дистрибьютора

Дата "___" _____ 20___ г.

Должность, Ф.И.О. (при его наличии) _____

Подпись _____

Печать (при наличии) _____