**КГП на ПХВ «Городская поликлиника №22»**

**Г. Алматы, мкр.Шанырак-2**

**ул. Жанкожа батыр 193а**

**8(727)245 99 01**

**эл. адрес: gp22.shanyrak@mail.ru**

**Объявление о проведении закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения способом запроса ценовых предложений.**

 Заказчик, Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская поликлиника №22» УОЗ г.Алматы, юридический адрес:г.Алматы, мкр.Шанырак-2

ул.Жанкожа батыра 193а, объявляет о проведении закупа способом ценовых предложении изделии медицинского назначения для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с пунктами 106,107 «Правил организации о проведения закупа лекарственных средств, профилактических(иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих,) препаратов, изделии медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательног медицинского страхования», утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №1729(далее-Правила).

 Полный пречень лекарственных средств, изделия медицинского назначения, содержащие количество, техническое описание и суммы, выделенные для закупа, указаны в приложении №1 к настоящему объявлению.

 Запечатанный конверт с ценовыми предложениями потенциальных поставщиков должен быть представлен или выслан по почте в рабочие дни с 8-00 до 17-00 часов по местному времени по адресу: г.Алматы, мкр.Шанырак-2, ул.Жанкожа батыр 193а. Дата объявления закупа способом запроса ценовых предложении: 02.04.2020г. Срок представления конвертов с ценовыми предложением: до 15 часов 00минут 08.04.2020г. Конверты с ценовыми предложениями будут вскрываться в 15.00 часов 00 минут, 08.04.2020 года по следующему адресу: г.Алматы, мкр.Шанырак-2, ул.Жанкожа батыр, 193а, отдел государственных закупок.

 Запечатанный конверт должен содержать ценовое предложение по форме, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения, разрешение, подтверждающее права физического или юридического лица на осуществление деятельности или действии(операции), осуществляемое разрешительными органами посредством лицензирования или разрешительной процедуры, в сроки, установленные заказчиком, а также документы, подтверждающие соответствие предлагаемых товаров требованиям, установленным главой 4 Правил.

 Победитель представляет заказчику в течение десяти календарных дней со дня признанием победителем следующие документы, подтверждающие соответствие квалифицированным требованиям:

 1)копии разрешений (уведомлений) либо разрешений ( уведомлений) в виде электронного документа, полученных (направленных) в соответствий с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014года «О разрешениях и уведомлениях», сведения о которых подтверждаются в информационных системах государственных органах, потенциальный поставщик представляет нотариально удостоверенную копию соответствующего разрешения(уведомления), полученного (направленного) в соответствии с Законом РК от 16 мая 2014года «О разрешениях и уведомлениях»;

 2) копию документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица (для физического лица, осуществляющего предпринимательскую деятельность);

 3)копию свидетельства о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица либо справку о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица, копию удостоверения личности или паспорта (для физического лица, осуществляющего предпринимательскую деятельность);

 4)копию устава юридического лица (если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, то также представляется выписка из реестра держателей акции или выписка о составе учредителей, участников или копия учредительного договора после даты объявления закупа;

 5)сведения об отсутствии (наличии) налоговой задолженности налогоплательщика, задолженности по обязательным пенсионным взносам, обязательным профессиональным пенсионным взносам, социальным отчислениям, отчислениям и (или) взносам на обязательное медицинское страхование, получение посредством веб-портала «электронного правительства»;

 6)подписанный оригинал справки банка, в котором обслуживается потенциальный поставщик, об отсутствии просроченной задолженности по всем видам его обязательств, длящейся более трех месяцев перед банком, согласно типовому плану счетов бухгалтерского учета в банках второго уровня, ипотечных организациях и акционерном обществе «Банк Развития Казахстана», утвержденному постановлением Правления Национального Банка Республики Казахстан,по форме, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения (если потенциальный поставщик является клиентом нескольких банков, за исключением банков, обслуживающих филиалы и представительства потенциального поставщика, находящихся за границей), выданной не ранее одного месяца, предшествующего дате вскрытия конвертов;

 7)оригинал справки налогового органа Республики Казахстан о том, что данный потенциальный поставщик не является резидентом Республики Казахстан (если потенциальный поставщик не является резидентом Республики Казахстан и не зарегистрирован в качестве налогоплательщика Республики Казахстан);

 8)документы, подтверждающие соответствие потенциального поставщика квалифицированным требованиям, установленным пунктом 13 Правил.

 В случае несоответствия победителя квалифицированным требованиям, закуп способом запроса ценовых предложений признается несостоявшимся.

 Договор закупа, составленный по форме, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения, заключается заказчиком с потенциальным поставщиком, соответствующим квалифицированным требованиям с соблюдением условий сроков, предусмотренных пунктом 114,115 Правил.

 Лекарственные средства, изделия медицинского назначения должны быть поставлены поставщиком по адресу: г. Алматы, мкр.Шанырак-2, ул. Жанкожа батыр 193а, на основании заявок заказчика в течении всего срока действия заключенного договора.

Дополнительную информацию можно получить по телефону: 8(727) 245 99 01

Комплект реактивов и расходных материалов для Автоматического коагулометра Mindray C3100

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование теста** | **Спецификация** | Ед.изм. | Кол-во | Цена за ед-цу | Общая сумма  |
| 1 | Реагент Протромбиновое время Prothrombin Time Reagent (PT) 10 x 4 Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Набор реагентов для определения Протромбинового времени. Состав набора: Реагент для определения Протромбинового времени – 10 флаконов с реагентом для приготовления 4 мл. рабочего раствора; Растворитель для реагента- 45 мл. Объем рабочего раствора не менее 40мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором.  | Набор | 8 | 61 200 | 489 600 |
| 2 | Реагент АПТВ, APTT Reagent (Ellagic Acid) 10 x 2 мл Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система  | Набор реагентов для определения АРТТ. Состав набора: Реагент АРТТ – 5 фл. по 4 мл. раствора; 0,025 мол/л СаСl- 1 фл 35 мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | Набор | 8 | 45 100 | 360 800 |
| 3 | Реагент раствор Кальция Хлорид, Calcium Chloride Solution 10 x 4 млДля коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Хлорид кальция, Long Island, арт: 105-006665-00. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | флакон | 4 | 22 300 | 89 200 |
| 4 | Реагент Тромбиновое время, Thrombin Time Reagent (TT) 10 x 2 млДля коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Набор реагентов для определения Тромбинового Времени ТТ. Состав набора: Реагент для определения Тромбинового времени – 8 флаконов с реагентом для приготовления 4 мл. раствора, ; Растворитель для ТТ – 40 мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | Набор | 6 | 31 700 | 184 200 |
| 5 | Набор для определения, Фибриногена Fibrinogen Assay Kit (FIB)6 x 4 мл + 1 x 1 мл cal + 2 x 75 мл IBS buffer Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Набор реагентов для определения концентрации фибриногена FIB. Состав набора: Реагент для определения фибриногена – 4 флакона по 5 мл.; Имидазоловый буфер – 40 мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | Набор | 6 | 154 900 | 929 400 |
| 6 | Контрольния плазма -1 Coagulation Control Plasma-1 10 x 1 мл Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Лиофильно высушенная плазма для проведения QC, с аттестованными нормальными значениями (N) для определяемых анализов. При разведении лиофильной плазмы, объем готового контрольного раствора не менее 10мл. 10\*1ml. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | набор | 10 | 138 700 | 138 700 |
| 7 | Контрольния плазма -2 Coagulation Control Plasma-2 10 x 1 мл Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Лиофильно высушенная плазма для проведения QC, с аттестованными паталогическими значениями (Р) для определяемых анализов. При разведении лиофильной плазмы, объем готового контрольного раствора не менее 10мл. 10\*1ml. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | набор | 10 | 138 700 | 138 700 |
| 8 | Auto Cuvettes Авто Кюветы (1000шт/рулон х5) Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Кюветы для автоматического коагулометра Auto Cuvettes 1000 шт в упаковке. Каждая упаковка снабжена магнитной картой, совместимой со сканером анализатора. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | (1000шт/упак | 13 | 221 200 | 2 875 600 |
| 9 | Probe Cleanser Промывочный раствор -1 Cleaning Solution-1, 15 мл Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Раствор для жесткой очистки 10 фл. по 15 мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | Флакон  | 2 | 32 900 | 65 800 |
| 10 | Cleanser Промывочный раствор -2 Cleaning Solution-2 1 x 2500 мл Для коагулометра Mindray C3100Закрытая система | Промывающий раствор 2500мл. Реагент должен иметь смарт карту для считывания его анализатором. | канистра | 10 | 75 500 | 755 000 |