|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. | |