|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 5кприказуМинистраздравоохраненияисоциальногоразвитияРеспубликиКазахстанот 18 января 2017 года№ 20 |
|   | Форма |

**Сведенияоквалификации**
**(заполняютсяпотенциальнымпоставщикомпризакупкахлекарственныхсредств,**
**изделиймедицинскогоназначения, медицинскойтехники, фармацевтическихуслуг)**

Наименованиетендера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Общиесведенияопотенциальномпоставщике:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Наименованиеюридическоголица (фамилия, имя, отчество (приналичии) физическоголица,осуществляющегопредпринимательскуюдеятельность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 БИН/ИИН\*/УНП\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Объемтоваров, поставленных (произведенных) потенциальнымпоставщиком, аналогичных(схожих) закупаемымнатендере/двухэтапномтендере\*\*\* (заполняетсявслучаеналичия)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименованиетовара** | **Наименованиезаказчика** | **Местопоставкитовара** | **Датапоставкитовара** | **Наименование, датаиномерподтверждающегодокумента** | **Стоимостьдоговора, тенге** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \*\*\* Достоверностьвсехсведенийоквалификацииподтверждаю |
|  | Подпись, дата | должность, фамилия, имя, отчество (приегоналичии) |
|  | Печать (приналичии) |
|  |  |
|  | \*БИН/ИИН - бизнесидентификационныйномер/индивидуальныйидентификационныйномер; |
|  | \*\*УНП - учетныйномерналогоплательщика. |