|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 кприказуМинистраздравоохраненияи социальногоразвитияРеспубликиКазахстан от 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. | |