

# РЖД МЕДИЦИНА

Частное учреждение здравоохранения «Больница  
«РЖД-Медицина» города Калининград»  
236005 г. Калининград, ул. Летняя, 1  
тел./факс 8 (4012) 60-13-53  
8-800-234-34-34 / [www.rzd-medicine.ru](http://www.rzd-medicine.ru)  
E-mail: [Railwayhospital@mail.ru](mailto:Railwayhospital@mail.ru)  
ОКПО 73707902 ОГРН 1043900824604  
ИНН 3908029088 КПП 390601001

Руководителям организаций  
(по списку)

«19» 10.2019 г. № 944

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

## Запрос коммерческого предложения

г. Калининград

14 октября 2019 года

В связи с возникшей потребностью в осуществлении закупки на поставку тест-систем для работы клинико-диагностической лаборатории, планируется организация закупки в соответствии с требованиями Положения о закупке товаров, работ, услуг для нужд негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» от 02 апреля 2018 г. № ЦДЗ-35.

Просим Вас предоставить информацию о цене Товара на основании прилагаемого технического задания, которая будет включать в себя стоимость Товара, а также все расходы на страхование, уплату налогов, пошлины, сборы и другие обязательные платежи, которые Поставщик должен выплатить в связи с выполнением обязательств по Договору, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Сроки Условия Поставки Товара:

1) Срок поставки товара: в течение 10 (Десяти) календарных дней с даты подачи Покупателем заявки на поставку, включая срок доставки товара до склада Покупателя, начиная с момента подписания договора и до полного исполнения Сторонами своих обязательств по договору.

2) Место доставки Товара: 236005, Калининградская область, г. Калининград, ул. Летняя, 1.

3) Оплата Товара производится Покупателем путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Поставщика в течение 30 (Тридцати) дней после принятия Товара Покупателем в полном объеме и подписания Сторонами документов, подтверждающих поставку и стоимость Товара (счетов, счетов-фактур, товарных накладных), спецификации Товара. Обязанность Покупателя по осуществлению оплаты стоимости Товара считается выполненной с момента списания соответствующих сумм денежных средств с банковского счета Покупателя.

Сведения прошу выслать на e-mail [railwayhospital@mail.ru](mailto:railwayhospital@mail.ru) и почтой по адресу: 236005, Калининградская область, г. Калининград, ул. Летняя, д. 1, тел. 8 (4012) 60-13-53, в срок не позднее 18 октября 2019 года.

Приложение №1 – Техническое задание.

Приложение №2 – Форма коммерческого предложения.

И.о. главного врача



Э.Х. Смолина

Исп. С.А. Исаева  
60-19-31

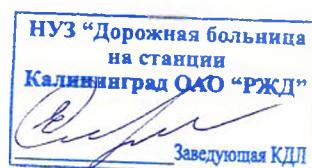
Приложение №1 к запросу  
от 14 октября 2019 года

Утверждаю  
И.о. главного врача  
ЧУЗ «РЖД-Медицина  
г. Калининград»

  
Э.Х. Смолина  
м.п.

**Техническое задание  
на поставку тест-систем для работы клиничко-диагностической лаборатории**

№ п/п	Наименование	Технические характеристики	Ед.измерения	Необходимое кол-во
1	Тест-система для качественного определения содержания антител к ВИЧ 1 и 2	Набор тест-кассет для быстрого качественного хроматографического иммунологического определения антител к ВИЧ в цельной крови, сыворотке или плазме. Состав набора: тест-кассеты с обозначением определяемой инфекции в индивидуальной упаковке — 40 штук; пипетки одноразовые для образца — 40 штук; буферный раствор во флаконах объемом 3 мл — 2 штуки. Набор рассчитан на 40 определений.	упаковка	1
2	Тест-система для качественного определения содержания антител к вирусу гепатита С (HCV)	Набор тест-кассет для быстрого качественного хроматографического иммунологического определения антител к вирусу гепатита С в цельной крови, сыворотке или плазме. Состав набора: тест-кассеты с обозначением определяемой инфекции в индивидуальной упаковке — 40 штук; пипетки одноразовые для образца — 40 штук; буферный раствор во флаконах объемом 3 мл — 2 штуки. Набор рассчитан на 40 определений.	упаковка	1
3	Тест-система для качественного определения содержания антител к вирусу гепатита В (HBsAg)	Набор тест-кассет для быстрого качественного хроматографического иммунологического определения антигена вируса гепатита В (HBsAg) в цельной крови, сыворотке или плазме. Состав набора: тест-кассеты с обозначением определяемой инфекции в индивидуальной упаковке — 40 штук; пипетки одноразовые для образца — 40 штук; буферный раствор во флаконах объемом 3 мл — 2 штук. Набор рассчитан на 40 определений.	упаковка	1



16.10.19

Форма коммерческого предложения

НА БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ

полное наименование, юридический, фактический, почтовый и телеграфный адрес, номер телефона, факса, полные реквизиты, включая ИНН, КПП, ОГРН и ОКВЭД

исх. № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

И.о. главного врача  
ЧУЗ «РЖД-Медицина»  
г. Калининград  
Э.Х. Смолина

Рассмотрев запрос на получение информации о стоимости **тест-систем для работы клинико-диагностической лаборатории**, наша организация предлагает осуществить его поставку на условиях запроса и технического задания по следующей цене:

№ п/п	Наименование услуги	Функциональные, технические, качественные и эксплуатационные характеристики продукции, подлежащей изготовлению	Ед. изм.	Кол-во товара	Цена за ед. измерения, руб.	Стоимость, руб.
1.		<i>в соответствии с запросом</i>				
2.		<i>в соответствии с запросом</i>				
3.		<i>в соответствии с запросом</i>				

С требованиями запроса и технического задания согласны.  
Настоящее предложение на 2019 г. действует по 31 декабря 2019 года.

наименование должности  
уполномоченного лица

\_\_\_\_\_ *подпись*

*ФИО*

М.П.