

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
E-mail: Railwayhospital@mail.ru
ОКПО 73707902 ОГРН 1043900824604
ИНН 3908029088 КПП 390601001

Руководителям организаций
(по списку)

«16» 09. 2019 г. № 867

На № _____ от _____

Запрос коммерческого предложения

г. Калининград

12 сентября 2019 года

В связи с возникшей потребностью в осуществлении закупки на поставку набора тест-полосок иммунохроматографических на 4-й квартал 2019 года для ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Калининград (поликлиника №2), 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.

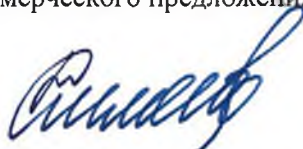
3) Оплата Товара производится Покупателем путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Поставщика в течение 30 (Тридцати) дней после принятия Товара Покупателем в полном объеме и подписания Сторонами документов, подтверждающих поставку и стоимость Товара (счетов, счетов-фактур, 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 и почтой по адресу: 236005, Калининградская область, г. Калининград, ул. Летняя, д. 1, тел. 8 (4012) 60-13-53, в срок не позднее 16 сентября 2019 года.

Приложение №1 – Техническое задание.

Приложение №2 – Форма коммерческого предложения.

Главный врач



Л.М. Сиглаева

Исп. С.А. Исаева
60-19-31

Приложение №1 к запросу
от 12 сентября 2019 года

Утверждаю
Главный врач
ЧУЗ «РЖД-Медицина
г. Калининград»

Л.М. Сиглаева
М.П.

**Техническое задание
на поставку набора тест-полосок иммунохроматографических (МНН: Мультитест на
наркотики)**

№ п/п	ОКПД2	Международное непатентованное наименование (МНН)	Лекарственная Форма, дозировка	Единица измерения	Объем поставки товара (кол-во)
1	20.59.52.199	Мультитест на наркотики	Тест «ИХА-6-МУЛЬТИ-ФАКТОР» для выявления 6 видов наркотиков в моче (морфин, марихуана, кокаин, метамфетамин, амфетамин, бензодиазепин)	штука	432

Фармацевт Т.В. Зелви
12.09.19

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.

Главный врач
ЧУЗ «РЖД-Медицина»
г. Калининград»
Л.М. Сиглаева

Рассмотрев запрос на получение информации о стоимости набора тест-полосок иммунохроматографических, наша организация предлагает осуществить его поставку на условиях запроса и технического задания по следующей цене:

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

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.