Приложение 9

**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. |