

Форма

**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.