

Сведения о квалификации (заполняются потенциальным поставщиком при закупках лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники)

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.