

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 подтверждаю щего документа	Стоимость договора, тенге
1	2	3	4	5	6

*** Достоверность всех сведений о квалификации подтверждаю

Подпись, дата
его наличии)

должность, фамилия, имя, отчество (при

Печать (при наличии)

* БИН/ИИН - бизнес идентификационный номер/индивидуальный
идентификационный номер;

**УНП - учетный номер налогоплательщика.