

Форма

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

Наименование закупа

1. Общие сведения о потенциальном поставщике:
Наименование

БИН/ИИН/ИНН/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 и товара	Дата поставки и товара	Наименование, дата и номер подтверждающего документа	Стоимость договора, тенге
				5	6

* Достоверность всех сведений о квалификации подтверждаю

Подпись, дата
его наличия)

Печать (при наличии)

должность, фамилия, имя, отчество (при