**ИЗВЕЩЕНИЕ**

**приобретение оборудования**

**Заказчик:** Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая больница на станции Муром открытого акционерного общества «Российские железные дороги»; сокращенное официальное наименование Учреждения: НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД»;

**адрес:** 602262, Россия, Владимирская обл., г, Муром, ул. Пионерская,1;

E-mail: **hospital@murommed.ru**,тел/факс.: (49234) 9-21-83

**предусматривает осуществить методом запроса котировок размещение заказа на приобретение оборудования для** **учреждения НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД» на 2018 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***п/п*** | ***Наименование*** | ***Ед. изм.*** | ***Кол-во*** |
| 1 | **Стоматологическая установка SMILE в комплекте с принадлежностями** | шт | 1 |
|  | **Итого:** |  |  |

Комплектация оборудования определяется в соответствии с техническим заданием (приложение №1).

Условия исполнения договора: требований качества:

• Соответствие ГОСТам, другим обязательным требованиям, сертификатам качества.

**место доставки**: Россия, Владимирская область, г. Владимир, ул.Офицерская,31,

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД»,

**тара доставки**: упаковка завода-производителя

**сроки и условия поставки**: не более 30 (тридцати) дней с момента подписания договора. Поставка осуществляется транспортом Поставщика.

**стоимость должна включать**; Стоимость оборудования не должна превышать:

**628 200,00 (Шестьсот двадцать восемь тысяч двести)** **рублей** и включать расходы на доставку, страхование, уплату налогов, таможенных пошлин, сборов и других обязательных платежей.

Стоимость по договору является фиксированной и не подлежит изменению на протяжении всего срока действия договора.

**срок и условия оплаты: Оплата производится равными долями в течение 6 (шести ) месяцев после поставки товара.**

**место подачи котировочных заявок**: НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД» - 602262, Россия, Владимирская область, г. Муром, ул. Пионерская 1, приемная главного врача. Тел./факс 9-21-83 исп. 9-26-08

**Срок начала подачи котировочных заявок**: с 9 ч *00* мин. (время местное) «22» января 2018 года.

**Срок окончания подачи котировочных заявок**: 15 ч 00 мин. (время местное) «26» января 2018 года.

**Дата рассмотрения котировочных заявок**: «29» января 2018 года.

По результатам рассмотрения и оценки представленных котировочных заявок участнику размещения заказа, подавшему котировочную заявку, которая отвечает всем требованиям,

установленным в настоящем извещении, и в которой указана наиболее низкая стоимость услуг по договору, признанному победителем, будет направлен для подписания проект договора, **при условии получения учреждением разрешения от вышестоящей организации (ОАО РЖД Центральная дирекция здравоохранения).**

**Срок подписания**: победителем в проведении запроса котировок договора - не ранее чем через 7 дней со дня размещения на официальном сайте учреждения протокола

рассмотрения и оценки котировочных заявок и не позднее чем через 20 дней со дня

подписания указанного протокола после получения разрешения от вышестоящей организации.

Если в указанный срок победитель не представит Заказчику подписанный договор, победитель будет признан уклонившимся от заключения договора.

**Форма котировочной заявки**: прилагается к настоящему извещению о проведении запроса котировок.

Условия исполнения договора, указанные в котировочной заявке должны соответствовать условиям исполнения договора, предусмотренным запросом котировок.

Котировочная заявка подается в письменной форме.

Котировочная комиссия не рассматривает котировочные заявки, если они не соответствуют требованиям, установленным в извещении о проведении запроса котировок.

Главный врач Отделенческой больницы: А.Н.Сафиулов.

Приложение №1

**МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

**На стоматологическую установку**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Стоматологическая установка с креплением на кресло SMILE, CHIRANA Medical, Словакая Республика , 1 шт.** | | |
| **01.** | **Общие требования** |  |
|  | Регистрационное удостоверение Минздрава России | Наличие |
|  | Декларация соответствия Госстандарта России | Наличие |
|  | Оборудование европейского производства | Соответствие |
|  | Наличие сервисной службы у продавца оборудования | Соответствие |
|  | Требования к сроку предоставления гарантий качества: | Наличие |
| Не менее 12 месяцев с момента поставки, монтажа и ввода в эксплуатацию. |
|  | Требования к объему предоставления гарантий качества. | Наличие |
| Объем предоставления гарантий качества включает в себя: |
| - безвозмездное устранение недостатков в 10-тидневный срок; |
| - безвозмездную замену товара ненадлежащего качества товаром надлежащего качества; |
| - возмещение понесенных «Заказчиком» расходов по исправлению недостатков своими силами или силами третьих лиц; |
|  | Инструкция пользователя на русском языке | Наличие |
|  | Срок поставки (включая монтаж и ввод в эксплуатацию) | 15 рабочих дней |
| **1.2** | **Комплектация и характеристики оборудования** |  |
|  | Номинальная потребляемая мощность, не выше | 450 ВА |
|  | Номинальное напряжение | 230 В, (110 В) ± 10% |
|  | Номинальная частота | 50 Гц, (60 Гц) ± 2 % |
|  | Уровень защиты от удара эл. током | B |
|  | Тип защиты от удара эл. током | I |
|  | Входное давление воздуха | 0,5 Mпa,(0,2-0,03)Mпa |
|  | Входное давление воды | 0,6 Mпa, (- 0,3) Mпa |
|  | Масса установки без кресла не более, кг | 60 |
|  | Максимальная дополнительная нагрузка на столик врача, не более | 2 кг. |
|  | Регулировка количества оборотов микромотора в диапазоне, не менее | 200 – 40000 об/мин |
|  | Функция циклического реверсирования (Giromatic) микродвигателя с дискретно-цифровой регулировкой амплитуды угла поворота | наличие |
|  | Блокировка инструментов при движении кресла | Наличие |
|  | Линейная светодиодная шкала логарифмической дискретной индикации количества оборотов микромотора и мощности скайлера, | Наличие |
|  | Функция включения-выключения инструментов посредством напольной педали | Наличие |
|  | Возможность подключения универсального ножного управляющего устройства | Наличие |
| **1.3** | **Блок врача** |  |
|  | Блок врача на не более, чем 4 инструмента с **нижней** подачей. Полностью регулируемый модуль врача на пантографическом плече с механическим тормозом, поворачивается в нужном положении. Одновременно на столике врача может быть установлено: 3 ротационных инструмента (турбина, микромотор). Шланги жестко закреплены к столику врача. | наличие |
|  | Возможность одновременной установки на столике врача: 3 ротационных инструмента (турбина, микромотор). | наличие |
|  | Подготовка для LED-подсветки, подготовка для бесщёточного микромотора. | наличие |
|  | Функция GIROMATIC для микромотора (для работы в режиме ЭНДО). | наличие |
|  | Микропроцессорное управление функциями установки и кресла. | наличие |
|  | Клавиатура на столике врача пленочная под водонепроницаемой фольгой со светодиодными индикаторами режимов работы | Наличие |
|  | Клавиатура столика врача должна управлять: реверсом микромотора, количеством оборотов микромотора, мощностью скайлера, включение/отключение функции циклического реверсирования (Giromatic) с дискретной регулировкой амплитуды, управлением движениями кресла, кнопка безопасности для мгновенной остановки движений кресла, | Наличие |
|  | Пантографическое плечо, обеспечивающее вертикальное перемещение столика врача в диапазоне не менее 370 мм с механической арретацией | Наличие |
|  | Расстояние между шарнирами пантографа не менее, мм | 580 |
|  | Шкала индикационная для визуального контроля оборотов инструментов . | наличие |
|  | Блокировка одновременной работы двух и более инструментов | наличие |
|  | Модуль с автоклавируемым пистолетом вода-воздух, | наличие |
|  | Модуль для подключения турбинного наконечника со шлангом 4х канальным универсальным, с выходом для питания фиброоптики | наличие |
|  | Модуль для подключения электрического микромотора со шлангом в комплекте с **электрическим микромотором**: крутящий момент не менее 35 мНм, максимальные обороты не менее 40 000 об/мин, напряжение питания от 5В до 26В постоянного тока, внутреннее охлаждение, | наличие |
|  | Напряжение микромотора | Мин. 5 В пост. |
| Макс. 26 В пост |
|  | Крутящий момент микромотора | Макс. 35 мНм |
|  | Обороты микромотора | Макс. 40 000 об/мин |
|  | Направление хода микромотора (выборочное) | правый/левый |
|  | Вид эксплуатации | 2,5 мин. ход; |
| 7,5 мин. покой |
|  | Выход воздуха из наконечника микромотора | 6 – 10 л/мин |
|  | Охлаждающий воздух микродвигателя, не менее | 28 л/мин |
|  | Стерилизация съемного кожуха в автоклаве | до 135°C. |
|  | Максимальный вес микромотора | 103 грамм |
|  | Материал корпуса нержавеющая сталь | Наличие |
| **1.4** | **Блок плевательницы** |  |
|  | Блок плевательницы: навесной с поворотной с керамической раковиной, с системой смыва раковины и наполнения стакана водой | наличие |
|  | Фильтр очистки воды | наличие |
|  | Возможность установки фильтра для пылесоса | наличие |
|  | Емкость для автономной подачи воды. | наличие |
|  | Возможность установки системы дезинфекции шлангов. | наличие |
|  | Возможность установки системы вакуумной аспирации с сепарацией. | наличие |
|  | Система подачи чистой воды на наконечники | наличие |
|  | Механический выключатель наполнения стакана | наличие |
|  | Механический выключатель смыва мисы плевательницы | наличие |
|  | Переключатель источника воды для охлаждения инструментов (возможность ) | наличие |
|  | Механический выключатель слюноотсоса | наличие |
|  | Механический выключатель отсоса (возможность) | наличие |
| **1.5** | **Светильник стоматологический** | наличие |
|  | Операционный бестеневой светильник с активным охлаждением лампочки, обеспечивающий освещённость рабочего поля с обязательной плавной регулировкой интенсивности освещения и равномерное бестеневое поле. | Наличие |
|  | Интенсивность светового потока, не менее | 25.000 люкс |
|  | Галогеновая лампа 17В, 95 Ватт | Наличие |
|  | Цветовая температура света 5000К | Наличие |
|  | Пантограф светильника | Наличие |
|  | Угол вращения головы светильника не менее | 290o |
|  | Вентилятор охлаждения лампочки | Наличие |
| **1.6** | **Педаль управления** | наличие |
| электрическая, переносная, простая в использовании, позволяет производить включение/выключение инструментов. |
| **1.7** | **Стоматологическое кресло** |  |
|  | Кресло и установка должны отвечать международным стандартам и нормам безопасности | Наличие |
| EN 60601-1: 1995 + A1+A2+A13 | сертификатов |
| EN 60601-1- 4: 1996, EN 60601-1-2:2003 |  |
| ISO 6875: 1996, ISO 13 485: 2012. |  |
|  | Надежный электромеханический привод | Наличие |
|  | Программируемое на 3 независимых положения + программа возврата в нулевое положение (высадка пациента) | Наличие |
|
|  | Анатомическая форма | Наличие |
|  | Бесшовное, гигиеническое, стойкое к УФО и паропроницаемое покрытие (обивка) | Наличие |
|  | Регулируемое по высоте сиденье | Наличие |
|  | Регулируемая по наклону спинка | Наличие |
|  | Регулируемый подголовник | Наличие |
|  | Левый неподвижный подлокотник | Наличие |
|  | правый откидной подлокотник | Возможность |
|  | Управление перемещением сидения и спинки кресла должно осуществляться с пульта врача и с ножной педали | Наличие |
|  | Автоблокировка движений кресла в режиме работы одним из наконечников и автоблокировка инструмента при движении кресла | Наличие |
|  | Кресло пациента должно содержать кожух и место под креслом для энергоблока - блока подводов воды, сжатого воздуха, электропитания установки, слива. | Наличие |
|  | Кресло должно обеспечивать подъем сидения, не менее | 87 ± 2 см |
|  | Опускание сидения, не более | 42 ± 2 см |
|  | Подголовник переставляется по высоте не менее | 165 мм |
|  | Угол основного положение опоры спины от вертикальной плоскости | 18o ± 3o |
|  | Ширина сидения не менее | 480 ± 20 мм |
|  | Ширина опоры спины не менее | 520 ± 20 мм |
|  | Максимальное отклонение опоры спины от вертикальной плоскости, не менее | 94o ± 3o |
|  | Основное положение сиденья составляет по отношению к горизонтальной плоскости | 12o±2o |
|  | Номинальная потребляемая мощность, не выше | 300 ВА |
|  | Номинальное напряжение | 230В,(110В) ± 10% |
|  | Номинальная частота | 50 Гц, (60 Гц) ± 2 % |
|  | Максимальный вес кресла, не более | 100 кг ± 5 % |
| **2.** | **Компрессор DK50 2VS , EKOM, Словацкая Республика, 1 шт.** | |
|  | Безмаслянный компрессор в звукоизолирующем корпусе | Наличие |
|  | Габаритные размеры (ШхГхВ), не более, | 560х665х860 мм |
|  | Рабочее давление агрегата компрессора | 4,5 – 6,0 бар |
|  | Допустимое эксплуатационное давление предохранительного клапана, не менее | 8,0 бар |
|  | Производительность, л/мин, при давлении 5 бар, не менее | 140 л/мин |
|  | Объем ресивера, л, не более | 25 л |
|  | Номинальное напряжение / частота | 230 В / 50 Гц |
|  | Мощность двигателя,не более | 1,1 кВт |
|  | Исполнение согласно EN 60 601-1 (STN EN 60 601-1) | устройство типа B, класс I |
|  | Уровень звука дБ(A) , не более | 53 дБ |
|  | Масса компрессора, не более | 88 кг |
|  | Масса компрессора в картонной коробке, не более | 91 кг |
|  | Режим эксплуатации компрессора | непрерывный, S1 |
|  | Климатические условия эксплуатации: температура | +5°C ÷ +40°C |
|  | Климатические условия эксплуатации: относительная влажность воздуха | до 70% |
|  | Гарантийный период на компрессор, не менее | 12 месяцев |
| **3.** | **Наконечник угловой микромоторный «ЗУБР-НУ», ООО «ВХ-Тайфун», Российская Федерация, 1 шт.** | |
|  | Максимальная частота вращения, об/мин, не более | 40000 |
|
|  | Усилие, необходимое для извлечения инструмента, зажатого в наконечнике, не менее, Н (кгс) | 45 (4,5) |
|
|
|  | Вращающий момент, передаваемый инструменту должен быть |  |
| не менее, Н·м (кгс·см) | 0,07 (0,7) |
|  |  |
|  | Усилие вставления и извлечения режущего инструмента при освобожденном зажимном устройстве – не более, Н (кгс) | 3,0 (0,3) |
|
|  | Специфическая накатка на ручке в виде овальных углублений для облегчения чистки наружных поверхностей наконечника | Наличие |
|  | Корректированный уровень звуковой мощности наконечника не должен превышать, дБА |  |
| 65 |
|  |
|  | Габаритные размеры, не более (мм): Высота головки 15+1 | Наличие |
| Диаметр головки 9,8+1 |
| Длина 98±5 |
|  | Масса, не более, г | 60 |
|  | Стерилизация в паровом автоклаве при температуре до135 º С и давлении 0,22 МПа. | наличие |
|
|  | Кнопочный зажим бора | наличие |
|  | Система охлаждения – внутренняя подача охлаждающих сред (вода, воздух, спрей) раздельно через два отверстия в корпусе головки наконечника, не выступающая за габаритные размеры (отсутствие выступающих трубок) с направлением на рабочую часть инструмента. Оба Отверстия имеют наклон в разных плоскостях 10º и 22º диаметром 0,5 мм для обеспечения наилучшего качества спрея. | Наличие |
|  | Расход воды на охлаждение инструмента при давлении | 50 |
| 0,2 МПа (2 кгс/см2), мл/мин. |
|  | Возможность замены роторной группы | Наличие |
|  | Сопроводительные документы |  |
| Наличие |
|  | - Декларация соответствия |  |
|  | - Регистрационное удостоверение | Наличие |
|  | Гарантийный срок работы не менее | 9 месяцев |
| **4.** | **Наконечник прямой микромоторный «ЗУБР-НП», ООО «ВХ-Тайфун», Российская Федерация, 1 шт.** | |
|  | Максимальная частота вращения, об/мин, не более | 40000 |
|
|  | Усилие, необходимое для извлечения инструмента, зажатого в наконечнике, не менее, Н (кгс) | 30 (3,0) |
|
|
|  | Вращающий момент, передаваемый инструменту должен быть |  |
| не менее, Н·м (кгс·см) | 0,06 (0,6) |
|  |  |
|  | Усилие вставления и извлечения режущего инструмента при освобожденном зажимном устройстве – не более, Н (кгс) | 3,0 (0,3) |
|
|  | Радиальное биение контрольной оправки, закрепленной в наконечнике, должно быть не более 0,04 мм на расстоянии (10 ± 0,5) мм от торца головки наконечника | наличие |
|  | Средний ресурс зажимного устройства для прямых наконечников должен быть не менее 3000 циклов | Наличие |
|  | Фиксация инструмента производится путем двойного поворотного действия защелки для более надежного фиксирования бора в зажимном устройстве. | Наличие |
|  | Корректированный уровень звуковой мощности наконечника не должен превышать, дБА | 52 |
|  | Габаритные размеры, не более (мм): Диаметр 20-1 | Наличие |
| Длина (85 ± 3) мм, |
|  | Система охлаждения – внутренняя подача охлаждающих сред (вода, воздух, спрей) раздельно через два отверстия на торце корпуса наконечника, не выступающая за габаритные размеры (отсутствие выступающих трубок) с направлением на рабочую часть инструмента. | Наличие |
|  | Расход воды на охлаждение инструмента при давлении 0.2 МПа (2 кгс/см2), мл/мин | 50 |
|  | Масса, не более, г 60 | Наличие |
|  | Стерилизация в паровом автоклаве при температуре до плюс 135 º С | наличие |
|
|  | Возможность замены передаточного валика | наличие |
|
|  | Возможность замены подшипников | Наличие |
|
|  | Сопроводительные документы |  |
|
|  | - Декларация соответствия | Наличие |
|  | - Регистрационное удостоверение | Наличие |
| **5.** | **Наконечник турбинный кнопочный стоматологический «НТКС-300-1-«СЗМ» М4, ООО «ВХ-Тайфун», Российская Федерация, 1 шт.** | |
|  | Специфическая накатка на ручке в виде овальных углублений для облегчения чистки наружных поверхностей наконечника | Наличие |
|  | Роторная группа балансированная, восьмилопастная с подшипниками без ободка дюймового исполнения с керамическими шарами. Количество шаров не менее 8-ми. | Наличие |
|  | - Корпус наконечника выполнен из специального латунного сплава. | Наличие |
| Наружное покрытие поверхности «Никель-Хром». |
|  |
|  | Цельнометаллическая головка, позволяющая улучшить аэродинамические свойства турбины. | Наличие |
|  | рабочее давление , подаваемое на вход наконечника, МПа (кгс/см2) 0,2-0,3 ( 2,0-3,0) | Наличие |
|  | - Качество одноточечного спрея обеспечивается подачей воды и воздуха под разными углами из отверстий, отличных друг от друга по диаметру (d 0.7 мм и d 0,45мм). | Наличие |
|  | частота вращения турбинки, (об/мин), 300000-400000 | Наличие |
|  | момент, развиваемый турбинкой, Нм (гс·см), не менее 15·10-4 (15) | Наличие |
|  | корректированный уровень звуковой мощности,дБА, не более 64 | Наличие |
|  | масса наконечника.кг, не более 0,08 | Наличие |
|  | - расход воды охлаждения, не более, мл/мин 50 | Наличие |
|  | мощность,Вт, не менее 15 | Наличие |
|  | стерилизация в паровом автоклаве при температуре 135ºС | Наличие |
|  | -габариты наконечника,мм | Наличие |
| Высота головки 14,1±0,1 |
| Диаметр головки 12,2-0,05 |
| Длина 123-1 |
|  |
|  | Конструкция , предотвращающая обратное всасывание для предотвращения перекрестного инфицирования пациентов (система «чистая голова»), подтвержденная документально (выписка из ТУ или другие документы, подтверждающие данный факт) | Наличие |
|  | Оригинальная уплотнительная прокладка голубого цвета. | Наличие |
|  | Наконечник поставляется в оригинальной фирменной упаковке: коробка из прозрачного пластика темного цвета. | Наличие |
|  | Сопроводительные документы: |  |
| - Декларация о соответствии | Наличие |
| - Регистрационное удостоверение |  |
|  | Наличие |
|  | Наличие |
| **6.** | **Турбинный наконечник СХ-207F, Фошан Коксо Медикал Инструмент Ко., Китайская Народная Республика** | |
|  | Встроенный генератор для электропитания светодиода | Наличие |
|  | Ресурс светодиода, не менее, ч. | 10 000 |
|  | Трехточечный спрей | Наличие |
|  | Система антивсасывания | Наличие |
|  | Кнопочный зажим | Наличие |
|  | Рабочее давление воздуха, не менее – не более, МПа | 0,25 - 0,27 |
|  | Скорость вращения, не менее, об/мин | 300 000 |
|  | Уровень шума, не более, дб | 68 |
|  | Сопроводительные документы: |  |
| - Декларация о соответствии | Наличие |
| - Регистрационное удостоверение |  |
|  | Наличие |
|  | Наличие |

**КОТИРОВОЧНАЯ ЗАЯВКА**

**Приобретение оборудование**

Кому: Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая больница на станции Муром открытого акционерного общества «Российские железные дороги»;

Адрес: 602262 Владимирская область, г.Муром , ул.Пионерская 1.

E-mail: тел.: (49234)-9-21-83 факс: .

Уважаемые господа!

**Мы,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование, место нахождения (для юридического лица)» фамилия, имя, отчество, место жительства ,банковские реквизиты, телефон участника размещения заказа)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| на основании Вашего извещения о проведении запроса котировок предлагаем поставить | | | | | |
| № п/п | Наименование | Ед.  изм. | Кол-во | Цена | Стоимо-  сть |
| 1 | **Стоматологическая установка SMILE в комплекте с принадлежностями** | шт | 1 |  |  |
|  | ИТОГО |  |  |  |  |

**Условия исполнения договора:**

**выполнение требований гарантий качества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**место доставки / исполнения** Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая больница на станции Муром открытого акционерного общества «Российские железные дороги»;

Адрес: Россия, Владимирская область, г. Владимир, ул.Офицерская,31,

**тара доставки – заводская упаковка**

**сроки и условия поставки:**

**стоимость поставки включает:**

В стоимость услуг должны быть включены: расходы на страхование, уплату налогов, таможенных пошлин, сборов и других обязательных платежей.

Стоимость продукции по **договору является фиксированной и** не подлежит изменению на протяжении всего срока **действии договора.**

**Сроки и условия оплаты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Мы обязуемся в случае принятия нашей котировочной заявки лучшей поставить товар в

соответствии с Вашим запросом котировок с указанными условиями договора, а также мы берем на себя обязательства до подписания договора представить документы,

подтверждающие, сведения, указанные в анкете, а именно:

* Устав, положение, учредительный договор;
* Свидетельство о государственной регистрации;
* Информационное письмо об учете в ЕГРПО;
* Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
* Протокол собрания учредителей (приказ) о назначении директора;
* Документ, подтверждающий полномочия лица на осуществление действий от имени участника;
* Бухгалтерский баланс на последнюю отчетную дату;
* Банковская карточка с образцом подписей и оттиском печати;
* Лицензии, необходимые для выполнения обязательств по контракту;
* Выписка из ЕРГЮЛ, полученная не ранее чем за 1 месяц до дня размещения на официальном сайте извещения о проведении запроса котировок.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность подписавшего (подпись) (фамилия, инициалы)

АНКЕТА УЧАСТНИКА РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗА

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Полное и сокращенное наименования организации и ее организационно-правовая форма**   *(на основании Учредительных документов установленной формы (устав, положение, учредительный договор), свидетельства о государственной регистрации, свидетельства о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц)*  **Ф.И.О. участника размещения заказа – физического лица** |  |
| **2.Регистрационные данные:**  Дата, место и орган регистрации юридического лица, регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя *(на основании Свидетельства о государственной регистрации)*  **Паспортные данные для участника размещения заказа – физического лица** |  |
| **3.** |  |
| 3.1. Номер и почтовый адрес Инспекции Федеральной налоговой службы, в которой участник размещения заказа зарегистрирован в качестве налогоплательщика |
| 3.2.ИНН, КПП, ОГРН, ОКПО участника размещения заказа | **ИНН**  **КПП**  **ОГРН**  **ОКПО** |
| **4.Юридический адрес/место жительства участника размещения заказа** | **Страна Россия** |
| **Адрес:** |
| **5. Почтовый адрес участника размещения заказа** | **Страна Россия** |
| **Адрес:** |
| **Телефон:** |
| **Факс:** |
| **6. Должность, Ф.И.О., избранного (назначенного) на должность единоличного исполнительного органа юридического**  **лица, либо иного лица, имеющего право без доверенности действовать от имени данного юридического лица** |  |
| **7. Телефоны участника размещения заказа** *(с указанием кода города)* |  |
| **8. Факс участника размещения заказа** *(с указанием кода города)* |  |
| **9. Адрес электронной почты участника размещения заказа** *(при наличии)* |  |
| **10. Адрес сайта в сети «Интернет»** *(при наличии)* |  |
| **11.Банковские реквизиты** *(может быть несколько)***:** |  |
| 11.1. Наименование обслуживающего банка |  |
| 11.2. Расчетный счет |  |
| 11.3. Корреспондентский счет |  |
| 11.4. Код БИК |  |
| **12.Сведения о выданных участнику размещения заказа лицензиях, необходимых для выполнения обязательств по контракту** *(указывается лицензируемый вид деятельности, реквизиты действующей лицензии, наименование территории на которой действует лицензия)* |  |

Мы, нижеподписавшиеся, заверяем правильность всех данных, указанных в анкете.

Участник размещения заказа (уполномоченный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.