УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ОГАУЗ «ИГКБ № 8»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ж.В. Есева

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

М.П

ЗАЯВКА НА ЗАКУПКУ

от 1.03.2019 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование пункта | Информация |
| 1.1 | Наименование структурного подразделения | Отделение клинической лабораторной диагностики |
| 1.2 | Ответственный исполнитель :  Фамилия, имя, отчество;  Номер контактного телефона | Долгова Светлана Михайловна  55-26-88 |
| 1.3 | Источник финансирования | ☐Средства территориального фонда ОМС  ☐Средства от приносящей доход деятельности  ☐Субсидии бюджета Иркутской области |
| 1.4 | Наименование объекта закупки товара (работы, услуги) | Растворы для гематологического анализатора MedonicM |
| 1.5 | Расходы, включенные в начальную (максимальную) цену договора (цену лота) |  |
| 1.6 | Сроки поставки товара (завершения работы, оказания услуги) или график оказания услуг, работ | 1.03.2018-31.09.2019 |
| 1.7 | Место доставки товара (выполнения работы, оказания услуги) | Ул. Баумана 214/а |
| 1.8 | Условия поставки товара (выполнения работы, оказания услуги) | Ответ хранения |
| 1.9 | Начальная (максимальная) цена договора | 1385372,73 |
| 2.0 | Поставщик (подрядчик, исполнитель) (при наличии):  Наименование, контактное лицо (Ф.И.О. тел., адрес электронной почты) |  |

НАИМЕНОВАНИЕ И ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА ЗАКУПКИ

(ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование  товара | Характеристика и товара, функция или величина параметра | Кол-во | Ед. изм |
| 1 | Лизирующий раствор Medonic M-series | Совместимость с гематологическим анализатором Medonic серии М (закрытая система) Объём флакона не менее 5 л. Количество рабочих циклов 1020 Наличие на упаковке 2-х меток для автоматического ввода с помощью сканера Срок годности не менее 3лет | 40 | упак |
| 2 | Изотонический разбавитель Medonic M-series | Совместимость с гематологическим анализатором Medonic серии М (закрытая система) Объём флакона не менее 20 л. Количество рабочих циклов 913 Наличие на упаковке 2-х меток для автоматического ввода с помощью сканера Срок годности не менее 3 лет | 55 | упак |
| 3 | Гематологический контрольный материал, 16 параметров, нормальный уровень концентрации | Объём флакона, не менее 4,5 мл Упаковка – термоконтейнер с термоизолирующей стенкой и хладагентом, стабильность паспортных условий хранения, не менее – 24 ч Аттестат на гематологический анализатор Medonic Oden по 16 параметрам Срок хранения закрытого флакона с даты производства, не менее 110 дней | 9 | флак |

Дополнительные условия:

Приложение к заявке:

1. Коммерческое предложение ООО «Лабора»
2. Коммерческое предложение ООО « Генетика-аналитический центр»
3. Коммерческое предложение ООО «ПроЭкт.Ру»

Либо: Локальный сметный ресурсный расчет на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Долгова С.М./

Подпись ФИО