## Коммерческое предложение поставщика медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата коммерческого предложения** |  |
| **Условия поставки** | DDP: Наименование организации здравоохранения. |
| **Условия оплаты** |  |
| **Гарантия** | 37 месяцев с даты подписания акта установки оборудования. |
| **Обучение** | Включено в стоимость оборудования  |
| **Срок действия предложения** | До «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года  |
| **Срок поставки МТ** | \_\_\_ дней с момента подписания договора финансового лизинга |
| **Сведения о регистрации МТ** | Наименование МТ \_\_\_\_\_\_\_РК-МТ-\_\_\_\_\_\_\_\_Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_Дата истечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Сертификат СИ** | № Сертификата\_\_\_\_\_\_\_ Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_Дата истечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Первый руководитель поставщика МТ Контактное лицо по МТ** | ФИО, должность |
| ФИО, должность, тел., e-mail |
| **Реквизиты поставщика МТ:** | Наименование:БИН:ИИК:Банк:Адрес:  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код.** | **Наименование медицинской техники**(по регистрационному удостоверению) | **Кол-во (ед. изм.)** | **Стоимость (тенге)** | **Сумма (тенге)** | **Сведения о регистрации № пункта в свидетельстве о регистрации** |
| **Основные комплектующие:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Дополнительные комплектующие:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Расходные материалы:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого сумма, в тенге:**  |

**Руководитель**

**Поставщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*подпись Ф.И.О. М.П.*

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