## 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.*

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