Министерство здравоохранения Свердловской области

**Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер»  
(ГАУЗ СО «СООД»)**

ул. Соболева, 29, г. Екатеринбург, 620036

Телефон / факс (343) 356-15-05, E-mail: [cood@uralonco.ru](mailto:cood@uralonco.ru)

***Всем заинтересованным лицам***

**ЗАПРОС**

**о предоставлении ценовой информации**

**Заказчик:** ГАУЗ СО «СООД»

**Адрес направления предложения: Посредством Региональной Информационной Системы**

**http://torgi.midural.ru**

**Срок предоставления ценовой информации: в течение 3 (трех) рабочих дней.**

**Наименование требуемого товара**: *Расходных материалов для иммуногематологических исследований в*

*гелевой технологии Bio Rad,,* в соответствии с техническими и функциональными (потребительскими) характеристиками, указанными в Приложении №1 к запросу.

**Перечень сведений, необходимых для определения идентичности или однородности товара, предлагаемых поставщиком:**согласно Приложению №1 к запросу.

**Требования к содержанию ответа на запрос:** согласно Приложению №2 к запросу.

Из ответа на запрос должны однозначно определяться цена единицы товара, работы, услуги и общая цена договора на условиях, указанных в запросе, срок действия предлагаемой цены, расчет такой цены с целью предупреждения намеренного завышения или занижения цен товаров, работ, услуг.

**Требования к качеству товара:** качество Товара должно соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации.

**Требования к гарантийному сроку, сроку годности товара**: *согласно Приложению №1.*

**Требования к упаковке, поставляемого товара:** упаковка товара должна соответствовать действующим стандартам и обеспечивать сохранность товара при транспортировке, отгрузке, хранении**.**

**Порядок поставки товара:** *в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с момента подачи заявки Заказчиком.*

*Конкретное количество, ассортимент товара, будут определены в заявках Заказчика, направленных Поставщику.*

*Поставка должна осуществляться в рабочие дни с 9:00 до 12:00 или с 13:00 до 15:00 часов по местному времени Заказчика, по предварительному согласованию.*

**Место поставки товаров:** *г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29*

**Предполагаемый срок проведения закупки: август** 2025 год.

**Порядок оплаты в случае заключения договора:** оплата по Договору осуществляется по факту поставки Товара, в течение 7 рабочих дней с даты подписания Заказчиком документа о приемке Товара, выполненной работы, оказанной услуги.

**Размер обеспечения исполнения договора[[1]](#footnote-1):**для поставщиков, являющихся субъектом малого и среднего предпринимательства - от 0 до 5% от НМЦД; для поставщиков, не являющихся субъектом малого и среднего предпринимательства - от 0 до 30% от НМЦД.

Приложение №1: Описание предмета закупки

Приложение №2: Форма ответа на запрос о ценовой информации на выполнение работ (оказание услуг)

Настоящий запрос не является извещением о проведении закупки, офертой или публичной офертой и не влечет возникновения никаких обязанностей у Заказчика.

Приложение № 1 к Запросу о

предоставлении ценовой информации

**Описание предмета закупки**

**Поставка расходных материалов для иммуногематологических исследований в гелевой технологии Bio Rad**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование товара | Единица измерения | Количество | Наименование показателя | Содержание (значение) показателя | Инструкция участнику закупки по формирова-нию предложения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | **Диагностическая карта с агглютинационными колонками (микропробирками) для скрининга и идентификации антиэритроцитарных антител** | Упаковка | 40 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Предназначен для скрининга и идентификации антиэритроцитарных антител, постановки пробы на совместимость по антигенам эритроцитов, прямого антиглобулинового теста (прямой реакции Кумбса). | Неизменный показатель |
| Описание | Диагностическая карта с агглютинационными колонками. Колонки заполнены полиакриламидным гелем с добавлением поликлонального антиглобулинового реагента (АГР). | Неизменный показатель |
| Количество колонок в карте, шт | 6 | Неизменный показатель |
| Размер карты (ШхВ), мм | 70 х52 | Неизменный показатель |
| Совместимость (используется Заказчиком) | С центрифугой Bio-Rad | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 6 месяцев | Неизменный показатель |
| Количество карт в упаковке, шт | Не менее 48 | Конкретное значение |
| 2 | **Диагностическая карта с агглютинационными колонками (микропробирками) для определения фенотипа эритроцитов по системе Rhesus и Kell** | Упаковка | 2 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Предназначен для определения RH2 (C), RH3 (E), RH4 (c), RH5 (e) и KEL1 (К) антигенов эритроцитов на основе комбинации методов агглютинации и гель фильтрации. | Неизменный показатель |
| Описание | Диагностическая карта с агглютинационными колонками. Колонки содержат моноклональные антитела анти-С, анти-с, анти-Е, анти-е и анти-К в гелевом матриксе. Для контроля-микропробирка (Ctl) cодержит нейтральный гель. | Неизменный показатель |
| Количество колонок в карте, шт | 6 | Неизменный показатель |
| Размер карты (ШхВ), мм | 70 х52 | Неизменный показатель |
| Совместимость (используется Заказчиком) | С центрифугой Bio-Rad | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 6 месяцев | Неизменный показатель |
| Количество карт в упаковке, шт | Не менее 48 | Конкретное значение |
| 3 | **Диагностическая карта с агглютинационными колонками (микропробирками) для определения групп крови и резус-фактора по системе АВО/RhD** | Упаковка | 2 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Предназначен для определения групп крови и резус-фактора по системе АВО/RhD эритроцитов в прямой реакции методом гель-фильтрации. | Неизменный показатель |
| Описание | Диагностическая карта с агглютинационными колонками. Колонки заполнены полиакриламидным гелем с добавлением раствора моноклональных антител к антигенам эритроцитов А, В, D. | Неизменный показатель |
| Количество колонок в карте, шт | 6 | Неизменный показатель |
| Размер карты (ШхВ), мм | 70 х52 | Неизменный показатель |
| Совместимость | С центрифугой Bio-Rad (используется Заказчиком) | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 6 месяцев | Неизменный показатель |
| Количество карт в упаковке, шт | Не менее 48 | Конкретное значение |
| 4 | **Набор фенотипированных эритроцитов I-II-III для определения антител к антигенам эритроцитов** | Упаковка | 48 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Применяется с целью выявления антител к антигенам эритроцитов человека в гелевых картах | Неизменный показатель |
| Описание | Прозрачная надосадочная жидкость с осадком эритроцитов красного цвета. Клеточная суспензия во флаконах не требует дополнительного разведения. | Неизменный показатель |
| Состав набора | Флакон с 0,8% суспензией стандартных эритроцитов О (l) группы ССDee  Флакон с 0,8% суспензией стандартных эритроцитов О (l) группы ccDEE  Флакон с 0,8% суспензией стандартных эритроцитов О (l) группы ccddeeK | Неизменный показатель |
| Количество флаконов в упаковке, шт | 3 | Неизменный показатель |
| Объем флакона, мл | 10 | Неизменный показатель |
| Транспортировка реагентов до потребителя | С обеспечением температурного режима +2-8 °С, производится в термоконтейнерах поставщика | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 3 недель | Неизменный показатель |
| 5 | **Модифицированный раствор низкой ионной силы (ЛИСС), буфер** | Флакон | 1 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Применяется для приготовления суспензии эритроцитов при определении групп крови человека, фенотипировании, аутоконтроле, прямом и непрямом антиглобулиновом тесте, постановки реакции на совместимость | Неизменный показатель |
| Описание | Реагент в жидкой форме, прозрачный, готовый к использованию | Неизменный показатель |
| Объем флакона, мл | 100 | Неизменный показатель |
| Количество флаконов в упаковке, шт | 2 | Неизменный показатель |
| Транспортировка реагентов до потребителя | С обеспечением температурного режима +2-8 °С, производится в термоконтейнерах поставщика | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 10 месяцев | Неизменный показатель |
| 6 | **Модифицированный раствор низкой ионной силы (ЛИСС), буфер** | Флакон | 1 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Применяется для приготовления суспензии эритроцитов при определении групп крови человека, фенотипировании, аутоконтроле, прямом и непрямом антиглобулиновом тесте, постановки реакции на совместимость | Неизменный показатель |
| Описание | Реагент в жидкой форме, прозрачный, готовый к использованию | Неизменный показатель |
| Объем флакона, мл | 500 | Неизменный показатель |
| Транспортировка реагентов до потребителя | С обеспечением температурного режима +2-8 °С, производится в термоконтейнерах поставщика | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 10 месяцев | Неизменный показатель |
| 7 | **Моноклональный реагент для определения резус-принадлежности крови человека, Анти-D IgG** | Флакон | 1 | Производитель | Указать | Конкретное значение |
| Страна происхождения Товара | Указать | Конкретное значение |
| Область применения | Реагент для иммуногематологических исследований in vitro. Применяется для определения всех форм D антигена, включая слабый DU-антиген, в непрямом антиглобулиновом тесте, в реакции конглютинации с желатином или в реакции агглютинации с эритроцитами, обработанными протеолитическими ферментами. | Неизменный показатель |
| Описание | Иммуноклональный реагент Анти-D представляет собой разведенную солевым раствором культуральную жидкость, содержащую неполные антитела изотипа IgG, стабилизированные азидом натрия. | Неизменный показатель |
| Объем флакона, мл | 5 | Неизменный показатель |
| Количество флаконов, шт | 1 | Неизменный показатель |
| Транспортировка реагентов до потребителя | С обеспечением температурного режима +2-8 °С, производится в термоконтейнерах поставщика | Неизменный показатель |
| Остаточный срок годности товара на момент поставки | Не менее 10 месяцев | Неизменный показатель |

Приложение №2 к Запросу о

предоставлении ценовой информации

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма ответа на запрос о ценовой информации на п**оставку товара**

***На официальном бланке организации***

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ответ на Ваш запрос № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ года сообщаем, что мы готовы поставить товар на условиях, указанных в запросе.

Предлагаемый нами товар полностью соответствует требованиям, установленным в описании объекта закупки.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование товара, страна происхождения, производитель, регистрационное удостоверение2 | Единица измерения | Количество | Показатели, установленные в описании объекта закупки (Спецификации) | Значение показателей, установленных в описании объекта закупки (Спецификации) | Значение показателей | Цена за ед., руб1 | Сумма, руб |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Остаточный срок годности товара на момент поставки: не менее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев.

Срок действия ценового предложения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Срок поставки

Контактная информация ответственного лица организации, отвечающего за взаимодействие с Заказчиком:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ФИО

(с НДС/без НДС если НДС не облагается)

2 (РУ на медицинские изделия, свидетельство о гос. регистрации)

1. [↑](#footnote-ref-1)