

Приложение  
к Протоколу № 187  
очного заседания Правления  
АО «КазМедТех»  
от 15 января 2018 года

Приложение № 7  
к Регламенту работы АО «КазМедТех»  
утвержденному Правлением АО  
«КазМедТех»  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
№\_\_\_

**ДОГОВОР №\_\_\_**  
**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

г. Астана

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года

**Акционерное общество «КазМедТех»**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201\_ года, с одной стороны и \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», в лице Директора \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по проведению экспертизы (далее - экспертной оценки) по клинико-техническому обоснованию, технической спецификации (технической характеристики) и стоимости медицинской техники в соответствии с представленной заявкой в рамках настоящего Договора.

При этом, в рамках настоящего Договора Исполнитель по заявке Заказчика может проводить следующие виды экспертной оценки:

- 1) экспертную оценку технической спецификации и стоимости медицинской техники;
- 2) экспертную оценку клинико-технического обоснования медицинской техники.

2. В зависимости от вида экспертной оценки Заказчик к заявке прилагает следующие документы:

Для проведения экспертной оценки технической спецификации и стоимости медицинской техники Заказчик к заявке прилагает:

- 1) техническую спецификацию по каждому наименованию медицинской техники, заполненная по форме согласно Приложению 1 к настоящему Договору;
- 2) коммерческое предложение, по форме согласно Приложению 2 к настоящему Договору;
- 3) документы для обоснования стоимости медицинской техники (коммерческие документы - счет-фактура (инвойс), спецификации, контракты и другие документы, используемые при осуществлении внешнеэкономической сделки и реализации).

Для проведения экспертной оценки по клинико-техническому обоснованию медицинской техники Заказчик к заявке прилагает:

- 1) коммерческое предложение, по форме согласно Приложения 2 к настоящему Договору;
- 2) клинико-техническое обоснование по форме согласно Приложению 3 к настоящему Договору.

В случае необходимости, в целях полной и объективной экспертной оценки, Исполнитель может дополнительно запросить у Заказчика иные документы, в рамках

представленной заявки. При этом, Заказчик представляет эти документы в течении 7 (семи) рабочих дней с момента получения запроса.

Исполнитель при проведении экспертной оценки при расчете анализа стоимости медицинской техники руководствуется курсом установленного Национальным Банком Республики Казахстан на дату подачи заявки Заказчиком.

3. Представленные документы к заявке подписываются первым руководителем Заказчика либо уполномоченным лицом, заверяются печатью.

Документы предоставляются в оригинале на бумажном носителе и в электронном формате на съемных носителях в формате «WORD» и «PDF».

В случае отсутствия возможности предоставления оригинала, предоставляются нотариально заверенные копии.

4. Экспертная оценка осуществляется Исполнителем в течение 40 (сорока) рабочих дней с даты оплаты и предоставления Заказчиком заявки с полным пакетом документов в соответствии с пунктом 2 настоящего Договора.

До поступления оплаты на расчетный счет Исполнителя, работы по предмету Договора не производятся.

5. По результатам проведения экспертной оценки Исполнитель предоставляет Заказчику заключение по формам согласно Приложениям 4,5,6 к настоящему Договору, которое носит рекомендательный характер и действительно в течение 6 (шести) месяцев со дня его вынесения.

6. Результат проведенной Исполнителем экспертной оценки оформляется заключением и носит индивидуальный характер, предоставляется непосредственно Заказчику на основании акта выполненных работ (оказанных услуг).

7. В случае нарушения полноты и правильности представленной информации Исполнитель незамедлительно информирует Заказчика о необходимости предоставить недостающую информацию.

При этом, Заказчик предоставляет запрашиваемые документы в течении 5 (пяти) рабочих дней. Срок проведения экспертной оценки приостанавливается до полного предоставления запрашиваемых документов необходимых для экспертной оценки.

## 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

8. Стоимость одной услуги (за одну единицу медицинской техники) по заявке Заказчика в рамках настоящего Договора определяется в зависимости от объема и вида услуг, предполагаемой стоимости медицинской техники, указанной в заявке Заказчика, из расчета:

1) **205 960** (двести пять тысяч девятьсот шестьдесят) тенге, с учетом НДС тенге, за одну услугу в рамках экспертной оценки технической спецификации (технической характеристики) и стоимости медицинской техники, в случае стоимости медицинской техники менее 500 млн. тенге;

2) **711 020** (Семьсот одиннадцать тысяч двадцать) тенге, с учетом НДС тенге, за одну услугу в рамках экспертной оценки технической спецификации (технической характеристики) и стоимости медицинской техники, в случае стоимости медицинской техники 500 млн. и более тенге;

3) **132 720** (сто тридцать две тысячи семьсот двадцать) тенге, с учетом НДС тенге, за одну экспертную оценку клинико-технического обоснования медицинской техники.

9. Заказчик осуществляет оплату за услугу по экспертной оценке, согласно пункту 8 настоящего Договора, путем перечисления денег на расчетный счет Исполнителя в течение 5 (пяти) рабочих дней на основании счета на оплату.

10. Исполнитель по окончании экспертной оценки, направляет Заказчику акт выполненных работ (оказанных услуг) с приложением заключения в течение 2 (двух) рабочих дней с даты окончания экспертной оценки.

11. Заказчик должен подписать акт выполненных работ (оказанных услуг) в течение 3

(трех) рабочих дней с момента их получения.

Один экземпляр подписанного акта выполненных работ (оказанных услуг) возвращается Исполнителю.

В случае, если Заказчик в установленные сроки не подписал акт выполненных работ (оказанных услуг), и не предоставил мотивированный отказ от их подписания, услуги Исполнителя считаются оказанными в полном объеме.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА**

12. Заказчик обязан:

1) оплатить Исполнителю стоимость услуг в соответствии с пунктами 4 и 8 настоящего Договора;

2) обеспечить Исполнителю доступ к запрашиваемой информации для проведения экспертной оценки в рамках настоящего Договора;

3) предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию, необходимую для проведения экспертной оценки в рамках настоящего Договора.

При этом, Заказчик несет ответственность за полноту, достоверность информации и документов, а также за своевременность их предоставления Исполнителю.

13. Заказчик имеет право:

1) проверять в любое время ход и качество осуществления экспертной оценки, получать копии документов, использованных в ходе проведения экспертной оценки.

2) отказаться от дальнейшего исполнения экспертной оценки, письменно уведомив об этом Исполнителя, за 5 (пять) рабочих дней, с обоснованием причин отказа.

При этом, Заказчик обязан уплатить Исполнителю 50% от стоимости одной услуги, предусмотренной пунктом 8 настоящего Договора.

### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

14. Исполнитель обязан:

1) провести экспертную оценку в течение 40 (сорока) рабочих дней с момента получения заявки от Заказчика в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, нормативными, методическими и другими документами, утвержденными в установленном порядке;

2) соблюдать конфиденциальность информации, ставшей известной ему в процессе выполнения обязательств в рамках настоящего Договора;

3) по окончании экспертной оценки предоставить Заказчику, акт выполненных работ (оказанных услуг).

15. Исполнитель имеет право отказаться от исполнения настоящего Договора с предварительным извещением Заказчика при невозможности дальнейшего проведения экспертной оценки, в том числе, в случае непредставления в срок информации, согласно пункту 7 настоящего Договора.

16. Исполнитель оставляет за собой право использовать заключение в рамках своей деятельности, соблюдая при этом подпункт 2) пункта 14 настоящего Договора.

### **5. НЕЗАВИСИМОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

17. Исполнитель свидетельствует, что он:

- не является учредителем, собственником, акционером, страховщиком или должностным лицом Заказчика;

- лицо, которому поручено проведение экспертной оценки в рамках настоящего Договора, не имеет какой-либо интерес, в том числе имущественный, в рамках оказания услуги по экспертной оценке;

- не имеет прямой или косвенной заинтересованности в результатах экспертной оценки.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

18. Исполнитель не несет ответственность за невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно вызвано действием или бездействием Заказчика, повлекшим невыполнение им собственных обязательств по настоящему Договору перед Исполнителем.

19. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

20. За просрочку исполнения обязательств по Договору, Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком в виде пени в размере 0,1% от цены заявки по настоящему Договору за каждый день просрочки, но не более 1% от стоимости одной услуги, предусмотренной пунктом 8 настоящего Договора, соответствующей заявке.

Данная ответственность не наступает в случае неисполнения Заказчиком перед Исполнителем встречных обязательств по настоящему Договору.

21. Стороны не вправе переуступать права требования по настоящему договору, а также осуществлять перевод долга без письменного согласия другой стороны.

22. Спорные вопросы, возникающие в ходе исполнения настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

В случае не достижения договоренности, неурегулированные разногласия могут быть переданы на разрешение в суд в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## **7. ФОРС-МАЖОР**

23. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если неисполнение явилось следствием природных явлений, действий внешних объективных факторов и прочих обстоятельств непреодолимой силы, за которые стороны не отвечают и предотвратить, неблагоприятное воздействие которых они не имеют возможности.

24. Если обстоятельства непреодолимой силы продолжаются более 10 (десяти) календарных дней, стороны обязуются принять решение о целесообразности дальнейшего исполнения настоящего Договора.

25. Если, по мнению сторон, работы могут быть продолжены в порядке, действовавшем, согласно настоящему Договору, до начала действия обстоятельств непреодолимой силы, то срок исполнения обязательств по настоящему Договору продлевается соразмерно времени, в течение которого действовали обстоятельства непреодолимой силы и их последствия.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

26. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до «31» декабря 2018 года, а в части взаиморасчетов до полного исполнения обязательств Сторонами.

27. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

28. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, регламентируются нормами гражданского законодательства Республики Казахстан.

29. Стороны, в соответствии со статьей 32 Гражданского процессуального кодекса Республики Казахстан договорились, что все споры и разногласия, не устраненные путем

прямых переговоров, подлежат разрешению в специализированном межрайонном экономическом суде г. Астаны.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ :

**Акционерное общество «КазМедТех»**

г.Астана, ул. Достық 18, БЦ «Москва»  
20- этаж  
БИН 101240007453  
АО "Цеснабанк"  
ИИК KZ49998ВТВ0000194950  
БИК TSESKZKA  
Тел.: +7 /7172/ 97 88 08

**Председатель Правления**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись, м.п.)

### ЗАКАЗЧИК:

**Товарищество с ограниченной  
ответственностью «\_\_\_\_\_»**

г. АСТАНА, ул. \_\_\_\_\_  
БИН \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
ИИК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел: \_\_\_\_\_

**Директор**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись, м.п.)

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель организации  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

### Техническая спецификация

№ п/п	Критерии	Описание			
1	<b>Наименование медицинской техники (далее – МТ)</b> <i>(в соответствии с государственным реестром МТ с указанием модели, наименования производителя, страны)</i>				
2	<b>Наименование МТ, относящейся к средствам измерения</b> <i>(с указанием модели, наименования производителя, страны)</i>				
3	<b>Требования к комплектации</b>	№ п/п	<i>Наименование комплектующего к МТ (в соответствии с государственным реестром МТ)</i>	<i>Краткая техническая характеристика комплектующего к МТ</i>	<i>Требуемое количество (с указанием единицы измерения)</i>
		<i>Основные комплектующие</i>			
		<i>Дополнительные комплектующие</i>			
		<i>Расходные материалы и изнашиваемые узлы:</i>			
4	<b>Требования к условиям эксплуатации</b>				

5	<b>Условия осуществления поставки МТ</b> <i>(в соответствии с ИНКОТЕРМС 2010)</i>	DDP пункт назначения
6	<b>Срок поставки МТ и место дислокации</b>	___ календарных дней Адрес:
7	<b>Условия гарантийного сервисного обслуживания МТ поставщиком, его сервисными центрами в Республике Казахстан либо с привлечением третьих компетентных лиц</b>	<p>Гарантийное сервисное обслуживание МТ не менее 37 месяцев <i>(на весь срок лизинга)</i>.  Плановое техническое обслуживание должно проводиться не реже чем 1 раз в квартал.  Работы по техническому обслуживанию выполняются в соответствии с требованиями эксплуатационной документации и должны включать в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- замену отработавших ресурс составных частей;</li> <li>- замене или восстановлении отдельных частей МТ;</li> <li>- настройку и регулировку изделия; специфические для данного изделия работы и т.п.;</li> <li>- чистку, смазку и при необходимости переборку основных механизмов и узлов;</li> <li>- удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления с наружных и внутренних поверхностей корпуса изделия его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой);</li> <li>- иные указанные в эксплуатационной документации операции, специфические для конкретного типа изделий</li> </ul>

**СОГЛАСОВАНО**

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

**УТВЕРЖДАЮ**

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

№ \_\_\_\_ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

по результатам проведения экспертной оценки клинико-технического обоснования медицинской техники

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Раздел 1. Общая информация:**

- 1.1. Наименование организации здравоохранения –
- 1.2. Юридический адрес –
- 1.3. Форма медицинской помощи, оказываемой организацией здравоохранения –
- 1.4. Количество коек организации здравоохранения / количество посещений в смену -
- 1.5. Руководитель организации здравоохранения –
- 1.6. Лицо, ответственное за реализацию проекта–
- 1.7. Стоимость запрашиваемой медицинской техники–
- 1.8. Наименование медицинской техники –
- 1.9. Место дислокации медицинской техники –
- 1.10. Область применения медицинской техники –
- 1.11. Причина приобретения медицинской техники –



## Раздел 2. Информация об имеющейся аналогичной/идентичной медицинской технике в организации здравоохранения:

Информация о имеющейся аналогичной/идентичной медицинской технике в организации здравоохранения:

№ п/п	Наименование аналогичной/идентичной медицинской техники	Наименование оказываемых медицинских услуг	Первонач. стоимость, тыс. тенге	Срок ввода в эксплуатацию	Износ, в %	Пропускная способность медицинской техники с учётом износа, в медицинских услугах в год	Кол-во медицинских услуг за последний год	% использования	Место дислокации	Техническое состояние
						1	2	$3=2/1*100$ %		
1.										

**Вывод:**

Информация о сопутствующей МТ (для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии)		
Наименование МТ	Наличие	Необходимые мероприятия
Компьютерный томограф, при его наличии дополнительно необходим деко стол (ровная накладка), система лазеров и пр.		
Набор фиксирующих приспособлений		
Оборудование для контроля качества (дозиметры, фонтомы, камеры и пр.)		

## Раздел 3. Анализ потребности в запрашиваемой медицинской технике в организации здравоохранения:

**3.1.** Количество пациентов по отделениям/нозологиям, которым показано использование запрашиваемой МТ (за последние 3 года):

№ п/п	Наименование отделения	Количество пациентов				
		20__ г.	20__ г.	%	20__ г.	%
1.						
2.						
3.						
4.						

**Вывод:** прогнозируемое плановое кол-во пациентов на следующий год с учетом анализа динамики.

**3.2.** Количество медицинских услуг, требующихся на одного пациента по запрашиваемой медицинской технике (в соответствии с установленной национальной практикой лечения, международными стандартами):

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Планируемое количество медицинских услуг на запрашиваемой медицинской технике в год	Требуемое количество медицинских услуг на одного пациента
1.			

--	--	--	--

**Вывод:** (сумма кол-ва планируемых медицинских услуг) / количество видов медицинских услуг

**3.3.** Количество фактических медицинских услуг, осуществленных на идентичной/аналогичной МТ за последние 3 года:

№ п/п	Наименование аналогичной/идентичной медицинской техники	Наименование медицинских услуг	Количество медицинских услуг				
			20__г.	20__г.	%	20__г.	%
1.							
<b>Итого</b>							

**Вывод:** анализ динамики.

**3.4.** Расчет прогнозируемого количества медицинских услуг на запрашиваемую МТ в год с учетом производственной мощности имеющейся аналогичной/идентичной МТ в организации здравоохранения:

	Виды медицинских услуг	Норматив количества медицинских услуг в год на МТ
1.		

Прогнозируемое АО «КазМедТех» количество медицинских услуг на запрашиваемую медицинскую технику:

№ п/п	Количество пациентов для данной медицинской техники в организации здравоохранения в год	Требуемое количество мед. услуг на 1 пациента с учетом нозологий организации здравоохранения	Общее необходимое количество медицинских услуг	Производственная мощность имеющейся аналогичной /идентичной техники в организации здравоохранения в год	Прогнозируемое количество медицинских услуг на запрашиваемую медицинскую технику
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3=1*2</b>	<b>4</b>	<b>5=3-4</b>
1.					

**3.5.** Расчет коэффициента потребности организации здравоохранения в медицинской технике:

№ п/п	Общее необходимое количество медицинских услуг	Пропускная способность запрашиваемой медицинской техники	Коэффициент потребности организации здравоохранения в медицинской технике	Норматив
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 = 1/ 2</b>	<b>4</b>
1.				

**Вывод:** наличие/отсутствие потребности

**Раздел 4. Анализ персонала организации здравоохранения, необходимого для работы на запрашиваемой медицинской технике:**

**4.1. Требования необходимого количества специалистов для работы запрашиваемой медицинской техники:**

№ п/п	Требуемое количество специалистов на медицинскую технику	Фактическое количество специалистов
1.		

**4.2. Наличие специалистов для работы на запрашиваемой медицинской технике:**

№ п/п	Ф.И.О	Год рождения	Должность	Образование (ВУЗ, № и дата получения диплома, специальность)	Стаж работы	Сертификат специалиста (№, дата выдачи, срок действия)	Квалификационная категория специалиста	Документ о повышении квалификации (№, дата выдачи)
Для эксплуатации запрашиваемой МТ *:								
1.								
2.								
Дополнительно по структурному подразделению:								
1.								
2.								

\* для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии необходимо указать информацию по следующим специалистам: физик, врач-радиолог, оператор (медицинская сестра отделения лучевой терапии), медицинский техник;

Информация о специалистах для работы на запрашиваемой МТ (для передвижных комплексов)					
№ п/п	Бригада в составе	Количество	Требуемое количество бригад соразмерно приобретаемой МТ	Разница между требуемым и фактически имеющимся количеством бригад	Необходимые мероприятия по устранению нехватки бригад/специалистов
1	Врач				
2	Фельдшер/медсестра				
3	Водитель				
	<b>Всего бригад</b>				

**Вывод:** фактическое количество специалистов соответствует/не соответствует требуемому количеству и характеристика специалистов соответствует требованиям для работы на запрашиваемой медицинской технике.

План мероприятий по подготовке специалистов в случае их отсутствия					
№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Должность	Планируемая дата и срок обучения, в мес.	Сумма на обучение (бюджет)
1					

**Резюме:**

**Ответственный за проведение экспертной оценки** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

**Директор структурного подразделения** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

ФОРМА

СОГЛАСОВАНО

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

№ \_\_\_\_ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по результатам проведения экспертной оценки технической спецификации (технической характеристики) и стоимости медицинской техники

**Раздел 1.**

1. Наименование организации здравоохранения (далее Заказчик) с указанием организационно-правовой формы (согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица), БИН.
2. Юридический адрес.
3. Фактический адрес.
4. Ф.И.О. руководителя Заказчика
5. Номер, модель, производитель и наименование запрашиваемой МТ в соответствии с реестром Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения.
6. Номер и дата договора, номер и дата входящей заявки.

**Раздел 2. Соответствие комплектации запрашиваемой медицинской техники планируемым организацией здравоохранения медицинским услугам**

№ п/п	Наименование медицинских услуг	Комплектация запрашиваемой медицинской техники	Соответствие

**Раздел 3. Анализ сопутствующей медицинской техники необходимой для работы на запрашиваемой медицинской технике**

№ п/п	Требуемая сопутствующая медицинская техника	Наличие в организации здравоохранения	Примечание
1.			
2.			

**Раздел 4. Соответствие условий организации здравоохранения требованиям к эксплуатации запрашиваемой медицинской техники\***

№ пп	Предмет экспертизы		Информация для экспертизы		Соответствие	Примечание	
1.	Место дислокации медицинской техники				Соответствует		
2.	Помещение	№ пп	Санитарно-технические ресурсы	Требуемые	Фактические	Соответствие	
		1	Площадь			Соответствует	
		2	Электроснабжение			Соответствует	
		3	Водоснабжение			Соответствует	
		4	Канализация			Соответствует	
		5	Вентиляция			Соответствует	
		6	Отопление			Соответствует	
7	Другое			Соответствует			
3.	План мероприятий по подготовке помещения		№ пп	Наименование мероприятий	Соответствие		
			1.		Соответствует		
4.	Помещение(я) для хранения запаса расходных материалов				Соответствует		
5.	Наличие медицинской техники, без которой не возможно использование запрашиваемой медицинской техники				Соответствует		

\* - при проведении оценки оптимальных технических характеристик для проектируемых и строящихся объектов здравоохранения данный раздел не заполняется.

**Раздел 5. Анализ стоимости медицинской техники**

№ п/п	Предмет экспертизы	Стоимость медицинской техники	Стоимость идентичной/аналогичной медицинской техники, закупаемой АО «КазМедТех» на условиях финансового лизинга для организации здравоохранения	Стоимость идентичной/аналогичной медицинской техники, закупаемой на территории РК (дата закупа)	Вывод
1.					

Сравнительная таблица комплектации и стоимости (при наличии)

Итого стоимость: в тенге

**Ответственный за проведение экспертной оценки** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

**Директор структурного подразделения** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

**ФОРМА**

**КЛИНИКО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
НА ЗАКУП МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

<b>1. Полное наименование организации здравоохранения (с указанием формы собственности)</b>	
<b>2. Сведения о медицинской технике</b>	
Наименование (модель, производитель)	
Стоимость МТ (в тыс. тенге, копия коммерческого предложения)	
Форма медицинской помощи, оказываемой организацией здравоохранения	
Планируемое место дислокации запрашиваемой медицинской техники (отделение/кабинет, гараж/территория – для передвижных комплексов)	
Причины приобретения (впервые, взамен старой и прочее)	
Количество приобретаемой медицинской техники (заполняется только для передвижных комплексов)	
Итоговая стоимость приобретаемой медицинской техники (заполняется только для передвижных комплексов)	

<b>3. Общие сведения организации здравоохранения</b>			
Фамилия, имя, отчество (при наличии) первого руководителя организации здравоохранения			
Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, ответственного за закуп медицинской техники			
Фактический адрес (почтовый адрес)			
Юридический адрес			
Банковские реквизиты		ИИН (БИН) БИК ИИК Кбе 16 Банк -	
Рабочий телефон (главного врача и ответственного за закуп медицинской техники)		Мобильный телефон лица, ответственного за закуп медицинской техники	
Факс		e-mail	
Количество коек организации здравоохранения / количество посещений в смену (для поликлиник)		в т.ч. количество коек / количество посещений в смену по профилю медицинской техники	

<b>4. Информация о имеющейся аналогичной/идентичной медицинской технике в организации здравоохранения:</b>								
№ п/п	Наименование аналогичной/идентичной медицинской техники (модель, производитель, страна)	Перечень оказываемых медицинских услуг	Первоначальная стоимость, тыс. тенге	Дата ввода в эксплуатацию	Износ, в % (по состоянию на текущую дату)	Количество услуг за последний год	Место дислокации (корпус, отделение, кабинет)	Состояние (рабочее / не рабочее)
1								

<b>Информация о сопутствующей медицинской технике</b> (заполняется только для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии)			
№	Наименование МТ	Наличие	Необходимые мероприятия
1	Компьютерный томограф, при его наличии дополнительно необходим деко стол (ровная накладка), система лазеров и пр.		
2	Набор фиксирующих приспособлений		
3	Оборудование для контроля качества (дозиметры, фонтомы, камеры и пр.)		

<b>5. Информация по медицинским услугам, планируемым оказывать на запрашиваемой медицинской технике</b>			
№ п/п	Наименование медицинских услуг (планируемых оказывать на запрашиваемой медицинской технике)	Количество медицинских услуг, планируемое оказывать на запрашиваемой медицинской технике в год	Требуемое количество медицинских услуг на одного пациента (в соответствии с установленной национальной практикой лечения, международными стандартами)
1			
	Итого:		

<b>6. Количество медицинских услуг, оказанных на идентичной/аналогичной медицинской технике за последние 3 (три) года</b>					
№ п/п	Наименование аналогичной/идентичной медицинской техники	Наименование медицинских услуг	Количество медицинских услуг	Количество медицинских услуг	Количество медицинских услуг
			20__ г.	20__ г.	20__ г.
1.					

<b>7. Количество пациентов по отделениям/нозологиям, которым показано использование запрашиваемой медицинской техники (за последние 3 (три) года):</b>						
№ п/п	Наименование отделения	Количество пациентов				
		20__ г.	20__ г.	%	20__ г.	%
1.						
2.						

<b>8. Информация о специалистах для работы на запрашиваемой медицинской технике</b>								
№ п/п	Ф.И.О	Год рождения	Должность	Образование (ВУЗ, № и дата получения диплома, специальность)	Стаж работы	Сертификат специалиста (№, дата выдачи, срок действия)	Квалификационная категория специалиста	Документ о повышении квалификации (№, дата выдачи)
Для эксплуатации запрашиваемой медицинской техники *:								
1.								
2.								
Дополнительно по структурному подразделению:								
1.								
2.								

\* для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии необходимо указать информацию по следующим специалистам: физик, врач-радиолог, оператор (медицинская сестра отделения лучевой терапии), медицинский техник;

<b>Информация о специалистах для работы на запрашиваемой медицинской технике</b> (заполняется только для передвижных комплексов)	



№ п/п	Бригада в составе	Количество	Требуемое количество бригад соразмерно приобретаемой МТ	Разница между требуемым и фактически имеющимся количеством бригад	Необходимые мероприятия по устранению нехватки бригад/специалистов
1	Врач				
2	Фельдшер/ медсестра				
3	Водитель				
	<b>Всего бригад</b>				

План мероприятий по подготовке специалистов в случае их отсутствия					
№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Должность	Планируемая дата и срок обучения, в мес.	Сумма на обучение (бюджет)
1					

9. Условия организации здравоохранения для эксплуатации запрашиваемой медицинской техники *	
Параметры	Фактические условия
Площадь помещения (в кв. м) <i>(отделение/кабинет, гараж/территория –</i>	
Наличие заключения уполномоченного органа в сфере санитарно-эпидемиологического надзора на помещение, планируемое для эксплуатации закупаемой медицинской техники <i>(№ и дата выдачи)</i>	
Электроснабжение	
Водоснабжение	
Канализация	
Вентиляция	
Отопление	
Другое	
Особые параметры <i>(при необходимости)</i>	

\* для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии необходим выезд специалистов Лизингодателя на место дислокации;

Условия эксплуатации медицинской техники <i>(заполняется только для передвижных комплексов)</i>	
Параметры	Фактические условия
Площадь помещения в случае наличия гаража <i>(в кв. м)</i>	
Высота ворот гаража <i>(в метрах)</i>	
Ширина гаража <i>(в метрах)</i>	
Площадь территории организации здравоохранения, в случае отсутствия гаража	

Организация здравоохранения подтверждает и несет ответственность за подлинность и достоверность вышеприведенной информации.

**Руководитель организации здравоохранения**

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
м.п.

ФОРМА

СОГЛАСОВАНО

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_ должность  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О.  
\_\_\_\_\_ подпись  
\_\_\_\_\_ дата

№ \_\_\_\_\_ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по результатам проведения экспертной оценки стоимости медицинской техники

**Раздел 1. Общая информация:**

- 1.1. Наименование организации здравоохранения (далее Заказчик) с указанием организационно-правовой формы (согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица), БИН
- 1.2. Юридический адрес.
- 1.3. Фактический адрес.
- 1.4. Ф.И.О. руководителя Заказчика.
- 1.5. Наименование и производитель медицинской техники (далее - МТ).
- 1.6. Стоимость запрашиваемой МТ.
- 1.7. Номер и дата договора, номер и дата входящей заявки.

**Анализ стоимости, запрашиваемой МТ**

№ п/п	Предмет экспертизы	Стоимость МТ	Стоимость идентичной/аналогичной МТ, закупаемой АО «КазМедТех» на условиях финансового лизинга для Заказчика	Стоимость идентичной/аналогичной МТ, закупаемой ТОО «СК Фармация»	Стоимость идентичной/аналогичной МТ, закупаемой МЗ РК /территориальные УЗ	Вывод
1.						

Сравнительная таблица комплектации и стоимости ( при наличии)

Итого стоимость: в тенге

**Вывод:** \_\_\_\_\_.

**Ответственный за проведение экспертной оценки** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

**Директор структурного подразделения** (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, подпись)

### Коммерческое предложение

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 «__» _____ 201__ года
Срок поставки	____ дней с момента подписания договора
Сведения о регистрации МТ	Наименование МТ _____ РК-МТ- _____ Дата регистрации _____ Дата истечения _____
Первый руководитель поставщика и Контактное лицо по МТ	ФИО, должность
	ФИО, должность, тел., e-mail
Реквизиты поставщика:	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:					
Стоимость дополнительного гарантийного сервисного обслуживания ____% за каждый год					
Стоимость дополнительного гарантийного сервисного обслуживания ____% за каждый год					
<b>Итого сумма: _____ (прописью) тенге</b>					

**Руководитель**

**Поставщика**

\_\_\_\_\_ *подпись*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. м.п.*

**Руководитель**

**организации здравоохранения**

\_\_\_\_\_ *подпись*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. м.п.*