|  |  |
| --- | --- |
|  | **Техническое задание****на поставку лекарственных препаратов****для ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Орехово-Зуево» в 2019 году.****1. Наименование закупаемых товаров, их количество (объем).** |
| **№****п/п** | **Наименование товара** | **Ед.изм.** | **Количество (объем)** | **Лекарственная****форма** |
| 1 | Прокаин | уп. | 5 | 20мг/мл 2мл №10 амп р-р д/ин |
| 2 | Прокаин | уп. | 5 | н 5мг/мл 5мл №10 амп р-р д/ин |
| 3 | Водорода пероксид | фл. | 5 | 3% 100мл №1 фл пласт р-р для местн и нар прим-я |
| 4 | Кеторолак | уп. | 1 | 30мг/мл 1мл №10 амп р-р д/ин д/в/в и в/м введ |
| 5 | Цинка оксид | фл. | 1 | 10% 25г №1 мазь |
| 6 | Не ЛС | уп. | 5 | Лейкопластырь 5\*500 рулонный |
| 7 | Бензокаин+Борнаякислота+Облепихимасло+Хлорамфеникол | уп. | 2 | 100мл №1 р-р для местн и наружн прим-я |
| 8 | Каптоприл | уп. | 3 | 25мг №40 тб |
| 9 | Не ЛС | уп. | 10 | Маска медицинская трехслойная |
| 10 | Не ЛС | уп. | 3 | Марля медиц отрез 0,9\*5м нестер |
| 11 | Сульфацетамид | уп. | 5 | 20% 5мл №1 капли фл-капельница |
| 12 | Калия хлорид+Натриягидрокарбонат+Натрияхлорид | фл. | 5 | 200 мл№1флр-р для инф |
| 13 | Не ЛС | уп. | 1 | Тест-полоски ONE TOUCH Selekt |
| 14 | Нафазолин | уп. | 1 | 0,1% 10мл №1 фл-кап пласт капли наз инд уп |
| 15 | Хлоропирамин  | уп. | 3 | 20 мг/мл 1 мл №5 р-р д/ин |
| **2. Требования к товарам.** |
| Лекарственные препараты | Нормативные документы, согласно которым установлены требования | Регистрационное удостоверение на медицинское изделие и декларация о соответствии. |
| Технические и функциональные характеристикитовара |  |
| Требования к безопасности товара | Регистрационное удостоверение на медицинское изделие и декларация о соответствии. |
| Требования к качеству товара | Регистрационное удостоверение на медицинское изделие и декларация о соответствии. |
| Требования купаковке товара | Товар поставляется в упаковке, позволяющей обеспечить сохранность Товара от повреждений при его отгрузке, перевозке и хранении. |
| Иные требования связанные с определением соответствия поставляемоготовара потребностям заказчика |  |
| **3. Требования к результатам:** Товар должен быть поставлен в полном объеме, в установленный срок и соответствовать предъявляемым в соответствии с документацией и договором требованиям. |
| **4. Место, условия и сроки.** |
| Место поставки товаров. | Московская область, г.Орехово-Зуево, ул.Ленина, д.22  |
| Условия поставки товаров.  | Вместе с товаром передаются относящиеся к нему документы: регистрационное удостоверение, сертификат, декларацию соответствия, инструкцию на русском языке и/или другие документы предусмотренные законом или иными правовыми актами. |
| Сроки поставки.Гарантийный срок.  | В течение 60 дней с момента получения заявки покупателя.Гарантийный срок составляет не менее 12 месяцев. |
| **5. Форма, сроки и порядок оплаты.** |
| Форма оплаты, срок и порядок оплаты | Оплата Товара производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Поставщика, в течение 60 (шестидесяти) банковских дней с момента подписания Сторонами товарной накладной ТОРГ-12, на основании счета (с указанием номера и предмета Договора) выставленного Поставщиком.  |
| **6. Документы, предоставляемые в подтверждение соответствия предлагаемых участником товаров.**Регистрационное удостоверение на медицинское изделие и декларация о соответствии. |