



Министерство здравоохранения  
Ульяновской области

государственное учреждение здравоохранения

Всем заинтересованным лицам.

**ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР**

12 Сентября ул., д. 90, г. Ульяновск, 432017

Тел./факс: (8422) 32-82-74, 32-24-65.

E-mail: [okod@mz73.ru](mailto:okod@mz73.ru), <http://yokod73.ru>

ОКПО 01949054, ОГРН 1027301408716,  
ИНН/ КПП 7326012124/732601001

«23» июня 2026 г. № 1846

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 г.

Уважаемые коллеги!

В целях подготовки документации для проведения закупки на 2026 год прошу Вас предоставить коммерческое предложение на **Противоопухолевый лекарственный препарат Капивасертиб**, указанный в Приложении 1.

Коммерческое предложение предоставить на электронный адрес: [zakaz.yokod73@mail.ru](mailto:zakaz.yokod73@mail.ru);

Срок предоставления ценовой информации: **1 рабочий день**;

Коммерческое предложение должно содержать сведения, указанные в Приложении 2 и следующую информацию:

1. Реквизиты Поставщика;
2. № коммерческого предложения и дата регистрации;
3. Срок действия коммерческого предложения;
4. Подпись руководителя и печать Поставщика.

Стоимость Товара должна быть указана с учетом доставки до местонахождения Заказчика, расходов на перевозку, погрузо-разгрузочных работ (в случае поставки Товара с разгрузкой транспортного средства).

Порядок поставки: силами и средствами Поставщика, включая погрузо-разгрузочные работы о места нахождения Заказчика, по адресу: Ульяновская обл, город Ульяновск г.о., Ульяновск г, 12 Сентября ул, Дом 90, внутрибольничная аптека ГУЗ ОКОД.

Срок (период) поставки товара: **ПОСТАВКА В ТЕЧЕНИЕ 10 РАБОЧИХ ДНЕЙ С МОМЕНТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА**;

Порядок оплаты: в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания заказчиком документа о приемке.

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

Приложение 1 Техническое задание,

Приложение 2 Сведения, необходимые для предоставления по коммерческому предложению на 1 л. в 1 экз

Заместитель главного врача  
по экономическим вопросам

О.Н. Царева

Гришина И.А.,  
тел.: (8422) 30-18-73  
E-mail: [zakaz.yokod73@mail.ru](mailto:zakaz.yokod73@mail.ru)

Приложение 1

Техническое задание.

№ п/п	Наименование товара: МНН (Состав) / ТН	Наименование показателя товара<*>	Требование к значению показателя <*>	Требование заказчика к указанию значения показателя участником закупки <*>	Ед. изм.	Кол-во
1	2	3	4	5	6	7
1	Капивасертиб	Лекарственная форма	таблеток, покрытые пленочной оболочкой	Указывается одно значение	Упак / шт	2 / 128
		Дозировка	200 мг	Значение не изменяется		
		Количество лекарственных форм в первичной упаковке	16 или иное количество*	Указывается одно значение		
		Количество первичных упаковок в потребительской упаковке*	4 или иное количество*	Указывается одно значение		
		Количество лекарственных форм в потребительской упаковке*	64 или иное количество*	Указывается одно значение		

Остаточный срок годности лекарственного препарата (на момент поставки) – не менее 6 месяцев.

*Участник закупки вправе предложить иное количество лекарственных форм в потребительской упаковке, иное количество первичных упаковок в потребительской упаковке, не уменьшая общее количество лекарственных лекарственных форм*

Приложение 2

Сведения необходимые для предоставления по коммерческому предложению\*.

№ п/п	Международное непатентованное наименование	Торговое наименование	Форма выпуска и дозировка лекарственного препарата	Единица измерения	Кол - во	Объем в упаковке	Цена без НДС и оптовой наценки, руб.	Цена за единицу с оптовой наценкой и НДС, руб.	Сумма, руб.
	Итого:								

\*Или иные сведения, которые позволяют определить цену за единицу для формирования НМЦК.