

**Техническое задание
на поставку товара — реагенты для лабораторных исследований
для нужд ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Карталы**

1. Требования к товару:

1.1 Качество товара должно соответствовать технологическим и эксплуатационным (техническим) требованиям, предъявляемым к товару данного вида действующими нормативами и стандартами Российской Федерации;

1.2 Поставляемый товар должен быть, эквивалентным запрашиваемым техническим характеристикам и параметрам, а также свободным от прав на него третьих лиц. Импортный Товар должен быть выпущен для свободного обращения на территории РФ с уплатой всех таможенных платежей и пошлин.

№ п/п	МНН	Наименование товара	Характеристика	Ед. изм.	Ко- -во
1	Набор тест-полосок иммунохроматографических для выявления наркотических веществ и их метаболитов в моче «МУЛЬТИТЕСТ»	Мультитест для выявления 5-ти видов наркотических соединений в моче «МУЛЬТИТЕСТ» (морфин, марихуана, метамфетамин, кокаин, амфетамин)	Набор «МУЛЬТИТЕСТ» предназначен для одноэтапного качественного выявления наркотических веществ и их метаболитов из ряда: морфин, марихуана, амфетамин, кокаин, метамфетамин. Срок годности диагностических тестов -24 месяца. Остаточный срок годности диагностических тестов -22 месяца.	шт.	250

2. Технические характеристики:

Товар должен быть надлежащего качества. Остаточный срок годности товара на момент поставки должен составлять не менее 22 месяца.

3. Сроки поставки товара:

в течение 10 (Десяти) календарных дней по заявке заказчика.

4. Условия поставки товара:

4.1. Поставка Товара осуществляется на основании заявки, направленной посредством автоматизированной системы заказов «Электронный ордер»;

4.2 Товар поставляются в заводской упаковке;

4.3. Место поставки товара : г. Карталы , ул. Ленина д.14а;

4.4. Стоимость Товара включает в себя все расходы на перевозку, доставку, страхование, уплату таможенных пошлин, налогов, сборов, других обязательных платежей связанных с выполнением условий настоящего Договора, а также стоимость упаковки.

5. Товар должен иметь документы, подтверждающие качество.

Заявитель _____
(дата, подпись)

Куратор _____
(дата, подпись)

Заведующий поликлиникой _____
(дата, подпись)

С.В. Илясова

С.В. Илясова

С.В. Илясова

