**Додаток №4 до оголошення**

**Вимоги до учасників спрощеної закупівлі**

**Учасники цієї спрощеної закупівлі за критеріями прийнятності мають відповідати таким вимогам Замовника :**

* Суб’єкти господарювання - учасники цієї спрощеної закупівлі повинні мати діючу ліцензію на оптову чи роздрібну торгівлю лікарськими засобами.

Наявність ліцензії має бути підтверджена Учасником спрощеної закупівлі в один із способів:

- шляхом завантаження через електронну систему закупівель **копії відповідної ліцензії** ;

- шляхом завантаження через електронну систему закупівель відомостей, одержаних з офіційного веб-сайту органу ліцензування, про прийняте та внесене до ліцензійного реєстру рішення щодо видачі суб’єкту господарювання відповідної ліцензії (інформація з офіційного веб-сайту має бути оформлена у відповідності до вимог чинного законодавства).

Незалежно від способу підтвердження наявності ліцензії інформація про ліцензію має бути відображена у Виписці з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань, яка видається ліцензіату безоплатно та бути актуальною на дату подання Учасником пропозиції.

* наявність в учасника спрощеної закупівлі відповідної матеріально-технічної бази для провадження господарської діяльності з торгівлі лікарськими засобами;
* наявність в учасника кваліфікованого персоналу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Критерій прийнятності** | **Інформація та документи, які необхідно надати учасником для підтвердження відповідності критеріям** |
| 1 | 2 | 3 |
| **1** | **Наявність в учасника спрощеної закупівлі матеріально-технічної бази1 для провадження господарської діяльності з торгівлі лікарськими засобами**  Під матеріально – технічною базою розуміється наявність в учасника закупівлі аптечного закладу (аптечний склад (база), аптека та її структурні підрозділи) та засобів провадження господарської діяльності, що перебувають у власності чи користуванні учасника спрощеної закупівлі та дають можливість провадити господарську діяльність. | Для підтвердження відповідності зазначеному критерію учасник спрощеної закупівлі надає Відомості за формою наведеною в Додатку №4.1 до цього оголошення та інформацію згідно Додатку №4.2 «Загальні відомості про аптечний заклад». |
| **2** | **Наявність в учасника спрощеної закупівлі кваліфікованого персоналу** | Для підтвердження наявності в учасника спрощеної закупівлі кваліфікованого персоналу учасник надає Довідку за формою наведеною в Додатку №4.3 до цього оголошення. |

**Додаток №4.1 до оголошення**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Найменування (для юридичної особи) або прізвище, імя, по-батькові (для фізичної особи) учасника яким надається інформація,код ЄДРПОУ, адреса, телефон

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ВІДОМОСТІ про наявність матеріально – технічної бази**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Найменування аптечного закладу** | **Адреса за якою розташований заклад** | **Коротка характеристика закладу**  **(назва об’єктів нерухомості -**  **будівля, приміщення, інше)**  **та їх площа** | **Право власності або користування 1** | **Назва та реквізити документа (№ та дата документа, ким виданий), який підтверджує право володіння або користування майном** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Примітка:**

1Право володіння чи користування об’єктами матеріально – технічної бази, які зазначені в цих Відомостях мають бути підтверджені документально.

З цією метою Учасник разом з Відомостями обов’язково завантажує до електронної системи закупівель засвідчені відповідним написом та підписом сканкопії оригіналів відповідних документів.

**Керівник учасника спрощеної закупівлі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Прізвище, ініціали**

**(посада керівника) (підпис, печатка)**

**Додаток №4.2 до оголошення**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Найменування (для юридичної особи) або прізвище, імя, по-батькові (для фізичної особи) учасника яким надається інформація,код ЄДРПОУ, адреса, телефон

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Загальні відомості про аптечний заклад

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Аптека | | |  | номер | | найменування аптечного закладу (за наявності) | аптека, структурним підрозділом якої  є аптечний пункт |
| Аптечний пункт | | |  |
| Аптечний склад | | |  |
| Місцезнаходження аптечного закладу чи складу (індекс, область, район, місто/селище міського типу/ село/селище, вулиця, будинок) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Лікувально-профілактичний (санаторно – курортний) чи інший заклад (готель, аеропорт, вокзал,торгівельний центр, тощо), у якому розташований відокремлений підрозділ (для аптек та аптечних пунктів) | | | | | | | |
| Режим роботи | | | | | | | |
| З | \_\_\_\_\_ | До \_\_\_\_\_\_\_ | | | вихідні дні | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. **Характеристика будівлі чи приміщення, у якій (якому) розміщено аптечний заклад :**   Загальна площа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,кв.метрів, у тому числі площа:   * торговельного залу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кв.метрів; * приміщень для зберігання лікарських засобів\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кв.метрів; * приміщень для персоналу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кв.метрів   **Облаштування аптечного закладу:**   * Обладнання для зберігання та відпуску лікарських засобів:   шафи стелажі холодильник сейф металева шафа  екран для захисту від прямої крапельної інфекції   * Наявні технічні засоби для постійного контролю за температурою та відносною вологістю повітря:   так ні   * Наявний промаркований інвентар для прибирання різних приміщень та/або зон за призначенням:   так ні  **Санітарний стан приміщень та устатковання приміщень відповідає вимогам санітарно – протиепідемічного режиму аптечних закладів:**  так ні | | | | | | | |

**Примітки:**  - позначка для відповідної відмітки

**Керівник учасника спрощеної закупівлі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Прізвище, ініціали**

**(посада керівника) (підпис, печатка)**

**Додаток №4.3 до оголошення**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Найменування (для юридичної особи) або прізвище, імя, по-батькові (для фізичної особи) учасника яким надається інформація,код ЄДРПОУ, адреса, телефон

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДОВІДКА**

**про наявність в учасника спрощеної закупівлі кваліфікованого персоналу 1**

Загальна чисельність працівників, які перебувають у трудових відносинах з Учасником \_\_\_\_\_\_ чоловік (за штатним розкладом аптечного закладу), в тому числі кваліфікований персонал:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **П.І.Б** | **Найменування**  **посади фахівця** | **Освіта , рівень освіти та спеціальність відповідно до документу про освіту** | **Номер, дата наказу про прийняття на роботу** | **Стаж роботи**  **за посадою** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Відомості про завідуючого аптечним закладом (структурним підрозділом) та/або уповноважену особу аптечного закладу2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Відомості про завідуючого аптечним закладом** | |
| прізвище |  |
| ім’я |  |
| по батькові |  |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність |  |
| номер і дата укладення трудового договору (для ФОП) або номер і дата наказу про призначення на посаду (для юридичної особи) |  |
| **Відомості про уповноважену особу** | |
| прізвище |  |
| ім’я |  |
| по батькові |  |
| освіта, найменування навчального закладу, рік закінчення, номер диплома, спеціальність |  |
| номер і дата укладення трудового договору (для ФОП) або номер і дата наказу про призначення на посаду (для юридичної особи) |  |

**Примітки:**

**1,2**  Для підтвердження наявності трудових відносин з працівниками учасник спрощеної закупівлі разом з довідкою шляхом завантаження до електронної системи закупівель надає сканкопії документів, що підтверджують правовідносини працівників із суб’єктом господарювання (копії наказів про призначення , трудові договори тощо) .

**Керівник учасника спрощеної закупівлі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Прізвище, ініціали**

**(посада керівника) (підпис, печатка**)