**ПЕРЕЛІК ЗМІН**

1. **За текстом виправити Enisamium iodide на Amikacin**

***Додаток 2***

1. **МЕДИКО-ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ПРЕДМЕТУ ЗАКУПІВЛІ**

**Код ДК** **021:2015 - 33600000-6 «Фармацевтична продукція»**

**(****Immunoglobulins, normal human, for intravascular adm. Anti-D (rh) immunoglobulin, Anti-D(rh) immunoglobulin, Etamsylate, Dexketoprofen, Pantoprazole, Nefopam,** **Enisamium iodide)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Найменування товару | Міжнародна непатентована назва | Одиниця виміру | Кількість |
| 1. 1
 | РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін’єкцій, по 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну) вампулі 2 мл ампула № 1 | Immunoglobulins, normal human, for intravascular adm. Anti-D (rh) immunoglobulin | уп | 200 |
| 1. 2
 | БІОВЕН МОНО®, розчин для інфузій 5 % по 25 мл у флаконі | Anti-D(rh) immunoglobulin  | фл | 100 |
| 1. 3
 | ЕТАМЗИЛАТ, розчин для ін'єкцій 12,5 % по 2 мл в ампулі; №10 | Etamsylate | уп | 98 |
| 1. 4
 | КЕЙВЕР®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл по 2 мл в ампулі №10 | Dexketoprofen  | уп | 100 |
| 1. 5
 | ПАНТОПРАЗОЛ-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг; 1 флакон з ліофілізатом в пачці з картону | Pantoprazole  | фл | 30 |
| 1. 6
 | НЕФАМ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 2 мл в ампулі №5 | Nefopam | уп | 50 |
| 1. 7
 | ~~АМІЗОН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 0,25 г №40~~АМІЦИЛ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 мг флакони з ліофілізатом | ~~Enisamium iodide~~Amikacin | ~~Уп~~Фл | ~~100~~100 |

\**У разі, якщо у даних медико-технічних вимогах йде посилання на конкретну марку чи фірму, патент, конструкцію або тип товару, то вважається, що медико-технічні вимоги містять вираз (або еквівалент). При цьому, запропонований учасником еквівалент товару за своїми медико-технічними характеристиками повинен повністю відповідати вимогам тендерної документації Замовника.*

У разі подання пропозиції, яка не відповідає медико-технічним вимогам, пропозиція буде відхилена як така, що не відповідає вимогам тендерної документації*.*

**Документи, які повинен подати Учасник торгів, для підтвердження іншої інформації відповідно до законодавства, яку замовник вважає за необхідно включити:**

1. Доставка товару за рахунок Постачальника – надати довідку у довільній формі.
2. Копії спеціальних дозволів (ліцензій) на провадження діяльності в розрізі виконання технічних вимог Замовника, якщо вимогу щодо ліцензування провадження такого виду діяльності передбачено законодавством.
3. З метою запобігання закупівлі фальсифікатів та отримання гарантій на своєчасне постачання товару у кількості, якості та строками придатності, учасник надає оригінал авторизаційного листа виробника, за позиціями від **100 одиниць**, якими підтверджується можливість поставки товару, який є предметом закупівлі цих торгів, у необхідній кількості та в терміни. Авторизаційний лист виробника повинен включати: повну назву учасника, адресуватися Замовнику, мати назву предмету закупівлі та кількість. Допускається надання гарантійного листа учаснику з боку представника виробника, при цьому учасник повинен надати належним чином завірену копію документу з боку виробника про повноваження такого представника.

Товар, запропонований Учасником, повинен повністю відповідати медико-технічним вимогам, встановленим у цьому додатку до документації. Невідповідність запропонованого Учасником товару, встановленим медико-технічним вимогам розцінюється як невідповідність пропозиції умовам тендерної документації.

**Ми, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у разі отримання повідомлення про намір укласти договір із Замовником про поставку Товару згодні та підтверджуємо свою можливість і готовність виконувати усі технічні вимоги Замовника, зазначені у цій тендерній документації.**

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

 *Посада, прізвище, ініціали, підпис Учасника або уповноваженої особи Учасника, відбиток печатки*

*(Ця вимога не стосується учасників, які здійснюють діяльність без печатки згідно з чинним законодавством)*