

Утверждаю:  
Заместитель начальника ГУП «Карагандинская область»  
**Д.Ж.Савирова**



Таблица № 10  
22.08.2024г.

№ п/п	Наименование и адрес заказчика	Наименование закупаемых товаров	Ед.изм.	Объем закупки	Цена	Сумма	Срок поставки	Место поставки/условия поставки	Место представления (приема) документов	Окончательный срок подачи заявок	Дата, время и место вскрытия конвертов	
1	ГУ Госпиталь с Поликлиникой ДП Карагандинской области	Пентоксифиллин 2% 5 мл раствор для инъекций	амп	675,00	90,00	60750,00	Согласно графика приложенного к договору/по требованию заказчика	г. Караганда Ул. К.Аманжолова,77	г. Караганда Ул. К.Аманжолова,77 каб 2 или кабинет бухгалтерии	29.08.2024 года 12.00	29.08.2024 года 12.30 г. Караганда Ул. К.Аманжолова,77 - каб.бухгалтерии	
						60 750,00						

Составил: Провизор  
Согласовано : Зав.ст.ст.  
Согласовано : Врач-дневного  
стационара  
Проверил: Бухгалтер

*Савирова*  
*В.С.Нурсеке*  
*В.С.Нурсеке*  
*Д.Ж.*

Ладья Л.В.  
Кульмагамбетова Э.Г.  
Кыстаубаева Т.И.  
Нуржанова Д.Ж.