# *Форма № 3*

# *На бланке участника запроса предложений*

# *(при его наличии)*

*Дата, исх. номер*

**на участие в запросе предложений № 1-ЗПР**

***на право заключить контракт на поставку лекарственных средств***

1. ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

наименование участника запроса предложений – юридического лица, Ф.И.О. (при наличии) участника запроса предложений – физического лица, в том числе зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя (далее – участник запроса предложений)

2. Предложение о цене контракта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.\_\_\_\_\_коп. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

*(сумма цифрами) (сумма прописью)*

3. Цена за единицу товара \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.\_\_\_\_\_коп.

4. **)** Опыт участника по успешному выполнению работ сопоставимого характера и объема:

-количество исполненных участником контрактов (договоров) за последние 3 года, предшествующие дате окончания подачи предложений на участие в настоящем запросе предложений: \_\_\_\_ (прописью) шт.

*должность участника*

*запроса предложений подпись расшифровка**подписи*

*(для юридических лиц,*

*в т.ч. индивидуальных предпринимателей)*

М.П. (при наличии)