**Акцепт оферты**

Настоящим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Указать наименование государственного или муниципального учреждения здравоохранения либо исполнительного органа государственной власти в сфере здравоохранения

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

созданное и действующее в соответствии с законодательством РФ, ОГРН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с местом нахождения по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – **Акцептант**) **полностью принимает условия**  **Предложения (оферты) с исх. номером \_\_\_ от 01.12.2023 года** о безвозмездном предоставлении лекарственного препарата для медицинского применения Дупиксент (МНН Дупилумаб) (**далее – Препарат**) в целях расширения доступа пациентов к современной инновационной терапии с использованием лекарственного Препарата и предоставляет следующие сведения, необходимые для акцепта такой оферты:

|  |
| --- |
| **Информация об Акцептанте**  |
| Наименование Акцептанта |  |
| Юридический адрес Акцептанта |  |
| Сведения о лицензии на медицинскую или фармацевтическую деятельность Акцептанта |  |
| Адрес доставки Препарата, внесенный в ИС МДЛП и указанный в лицензии Акцептанта на медицинскую или фармацевтическую деятельность |  |
| ИНН/КПП Акцептанта |  |
| Контактное лицо со стороны Акцептанта |  |
| Мобильный телефон контактного лица Акцептанта |  |

Настоящим Акцептант предоставляет нижеследующее заверение об обстоятельствах, имеющих значение для заключения договора, и тем самым принимает на себя ответственность за соответствие заверения действительности в силу пункта 1 статьи 431.2. ГК РФ:

**Контракты на поставку Препарата заключены и исполнены как указано ниже:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Реестровый номер извещения о закупке в ЕИС  | Дата завершения определения поставщика  | № контракта | Дата контракта | Дозировка Препарата | Кол-во Препарата согласно Контракту (уп) | Кол-во фактически поставленного по Контракту Препарата (уп) | Контракт и акт приема-передачи/ товарная накладная размещены в ЕИС (да/нет) | Копия Контракта и акт приема-передачи/ товарная накладная предоставлены в приложении(да/нет) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложения к Акцепту Оферты:

Прилагаются следующие документы, заверенные подписью уполномоченного лица и печатью Акцептанта:

1. Копия(и) Контракта(ов), указанного(ых) в таблице выше под №№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на поставку Препарата *(предоставляется в случае отсутствия Контракта в ЕИС)*
2. Копия(и) акта(ов) приема-передачи/товарной(ых) накладной(ых) Препарата, поставленного по Контракту(ам), указанному(ым) в таблице выше под № № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(предоставляется в случае отсутствия Контракта в ЕИС)*
3. Копия доверенности на получение Препарата от имени Акцептанта или Выписка из приказа Акцептанта о назначении лица уполномоченного на получение лекарственных препаратов и подписание товарных накладных.

Наименование Акцептанта

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

ФИО/ Должность уполномоченного представителя Акцептанта

Таблица ниже заполняется АО «Санофи Россия»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дозировка Препарата | Количество упаковок Препарата, предоставляемых безвозмездно (1 уп. на каждые 12 уп. Препарата, которые были поставлены с соблюдением условий Предложения (оферты) с исх. номером 029-2023 от 01.12.2023 года) | Срок предоставления | Стоимость одной упаковки Препарата для целей бухгалтерского учета Акцептанта  | Подпись уполномоченного представителя АО «Санофи Россия» и дата подписания |
| Дупилумаб (торговое наименование Дупиксент, форма выпуска раствор для подкожного введения, дозировка 150 мг/мл, 2 мл №2 (шприц с системой защиты, 2 шт.)  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей (без НДС) |  |
| Дупилумаб (торговое наименование Дупиксент, форма выпуска раствор для подкожного введения, дозировка 175 мг/мл, 1,14 мл №2 (шприц с системой защиты, 2 шт.) |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей (без НДС) |  |