ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника:	**КЗ "Криворізька станція переливання крові" ДОР"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника:	**01986606**
3. Місцезнаходження замовника:	**50051, Україна, Дніпропетровська область обл., місто Кривий Ріг, вулиця Медична будинок 12**
3[1]. Вид предмета закупівлі:	**Товари**

4. Конкретна назва предмета закупівлі	5. Коди відповідних класифікаторів предмета закупівлі (за наявності)	6. Кількість товарів або обсяг виконання робіт чи надання послуг	7. Місце поставки товарів або місце виконання робіт чи надання послуг	8. Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг
Одяг медичний одноразового використання, пелюшка хірургічна	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	3 найменувань	50051, Україна, Дніпропетровська область, м. Кривий Ріг, вул. Медична, 12	від 01 травня 2019 до 31 травня 2019

8[1]. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	100

9. Найменування учасника − переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи):	**ТОВ "Фірма "Технокомплекс"**
10. Інформація про ціну пропозиції:	**41 162,90 UAH з ПДВ**