

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ДНІПРОВСЬКА МІСЬКА ПОЛІКЛІНІКА № 1" ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01985222**
3. Місцезнаходження замовника: **49000, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, ВУЛИЦЯ ІВАНА АКІНФІЄВА, будинок 12 А**
- 3¹. 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
Бланки форма № 122-2/о "Медична довідка про проходження обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів	ДК 021:2015: 22820000-4 — Бланки	15500 штука	49027, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, І. Акінфієва, 12-а	від 05 червня 2019 до 17 червня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	У разі затримки фінансування на вказані цілі Замовник здійснює розрахунки з Постачальником протягом десяти робочих днів з дня надходження коштів на його рахунок.	Післяоплата	10	Робочі	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "Міжрегіональний медико-інформаційний центр"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **87 420,00 УАН з ПДВ**