

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ І КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **42352786**
3. Місцезнаходження замовника: **76018, Україна, Івано-Франківська область обл., м. Івано-Франківськ, ВУЛИЦЯ ПРИВОКЗАЛЬНА, будинок 17**
- 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
Дезінфекційні засоби: 13 найменувань	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	13 найменувань	76000, Україна, Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Довга, 42	до 31 серпня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	ЗАМОВНИК здійснює оплату вартості ТОВАРУ, що постачається, перерахуванням коштів на розрахунковий рахунок ПОСТАЧАЛЬНИКА на підставі видаткових накладних при наявності бюджетного фінансування, протягом 10 (десяти) банківських днів з дня поставки ТОВАРУ (партії ТОВАРУ) ЗАМОВНИКУ. Зобов'язання щодо оплати за ТОВАР у ЗАМОВНИКА виникають у разі виділення відповідного фінансування та у межах розміру такого фінансування. У разі затримки фінансування розрахунок за поставлений ТОВАР здійснюється протягом 7 банківських днів з дати отримання ЗАМОВНИКОМ фінансування закупівлі на свій рахунок.	Післяоплата	10	Банківські	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи):

Товариство з обмеженою відповідальністю "Лізоформ Медікал"

10. Інформація про ціну пропозиції:

860 918,40 UAH з ПДВ