

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **41145448**
3. Місцезнаходження замовника: **65107, Україна, Одеська область обл., місто Одеса, ВУЛИЦЯ КАНАТНА , будинок 83**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 1 – Спеціальна харчова суміш для дієтичного харчування хворих на фенілкетонурію, віком до 12 місяців (PKU Anamix Infant або еквівалент)

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
PKU Anamix Infant або еквівалент, 400 г*	ДК 021:2015: 15880000-0 — Спеціальні продукти харчування, збагачені поживними речовинами	157 упаковка	65031, Україна, Одеська область, місто Одеса, КУ "Одеська обласна дитяча клінічна лікарня". Академіка Воробйова, 3	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки проводяться шляхом безготівкового перерахування коштів «ЗАМОВНИКОМ -ПЛАТНИКОМ» на банківський рахунок «ПОСТАЧАЛЬНИКА» за фактично надані товари на підставі накладної або видаткової накладної, яку «ПОСТАЧАЛЬНИК» надає «ЗАМОВНИКУ-ПЛАТНИКУ»	Післяоплата	14	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **216 660,00 УАН з ПДВ**