

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01981224**
3. Місцезнаходження замовника: **29000, Україна, Хмельницька область обл., місто Хмельницький, вулиця Пілотська, будинок 1**
- 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
Pemetrexed	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Pemetrexed	30 од	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2019
Ibandronic acid	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ibandronic acid	900 од	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2019
Everolimus	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Everolimus	270 од	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2019
Paclitaxel	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Paclitaxel	65 од	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
-------	------	------------	----------------	----------	--------------------

Поставка товару	4.1. Розрахунки за Договором проводяться на підставі накладних шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника. 4.2. Розрахунки проводяться протягом 30 календарних днів з моменту отримання товару. 4.3. Розрахунки за поставлені Товари здійснюються на підставі Бюджетного кодексу України. Зобов'язання за цим Договором виникають відповідно до частини першої статті 23 Бюджетного кодексу України лише за наявності відповідного бюджетного призначення. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунки проводяться на протязі 5 банківських днів з дати отримання Замовником на свій реєстраційний рахунок бюджетного призначення на фінансування закупівлі за вказаним напрямом.	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	--	------------	----	------------	-----

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

**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АТ-ФАРМА"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

688 395,20 UAH з ПДВ