

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я "ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02004781**
3. Місцезнаходження замовника: **29008, Україна, Хмельницька область обл., м. Хмельницький, вул. КАМ'ЯНЕЦЬКА, буд. 94/1**
- 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
Артифрин Здоров'я Форте р-н д/ін. 1,7мл в карпулах (50 шт./уп., виробник Україна)	ДК 021:2015: 33661100-2 — Анестетичні засоби	125 упаковка	29008, Україна, Хмельницька область, місто Хмельницький, вул. Кам'янецька 94/1	від 15 липня 2019 до 31 грудня 2019
Убістезин форте д/ін. 1,7мл в картр. (50 картр./уп.)	ДК 021:2015: 33661100-2 — Анестетичні засоби	10 упаковка	29008, Україна, Хмельницька область, місто Хмельницький, вул. Кам'янецька 94/1	від 15 липня 2019 до 31 грудня 2019
Мепівастезин д/ін. 50 картр. по 1,7мл (50 картр./уп.)	ДК 021:2015: 33661100-2 — Анестетичні засоби	15 упаковка	29008, Україна, Хмельницька область, місто Хмельницький, вул. Кам'янецька 94/1	від 15 липня 2019 до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Оплата здійснюється на основі накладної	Післяоплата	5	Робочі	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **88 000,00 УАН з ПДВ**