

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Міська клінічна лікарня № 2" Дніпровської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984607**
3. Місцезнаходження замовника: **49064, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, пр-т. Сергія Нігояна, 53**
- 3<sup>1</sup>. 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
Вироби медичного призначення для стерилізації	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	15 одиниця	49064, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, проспект Сергія Нігояна , будинок 53	від 10 липня 2019 до 01 грудня 2019

8<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки за поставлений товар здійснюються на підставі п.1 ст. 49 Бюджетного кодексу України згідно рахунків та накладних на умовах відстрочки платежу до 30 календарних днів. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за поставлений товар здійснюється на протязі 3-х банківських днів з дати отримання Замовником бюджетних коштів на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок.	Післяоплата	30	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **24 458,77 УАН з ПДВ**