

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Криворізький психоневрологічний інтернат" Дніпропетровської обласної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **03188286**
3. Місцезнаходження замовника: **50033, Україна, Дніпропетровська область обл., місто Кривий Ріг, вулиця Треньова, 15**
- 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
Халат медичний	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	1 найменувань	50033, Україна, Дніпропетровська область, м. Кривий Ріг, вул. Треньова, 15	до 30 вересня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Халат медичний	Післяоплата	10	Робочі	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **11 875,00 UAH з ПДВ**