

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37478567**
3. Місцезнаходження замовника: **18029, Україна, Черкаська область обл., Черкаси, 30 років Перемоги, 16**
- 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
17471 - Хірургічна нитка з полілактину, 16584 - Хірургічна нитка з полідіоксанона, 13909 - Хірургічна поліпропіленова нитка, 13906 - Поліестернешво, 13906 - Поліестернешво, 13906 - Поліестернешво, 47201 - Засіб гемостатическое на основі колагену (джерело фінансування - кошти медичної субвенції)	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	18 Одиниця	18029, Україна, Черкаська область, Черкаси, 30 років Перемоги, 16	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Оплата за фактично поставлений товар здійснюється протягом 30 (тридцяти) банківських днів (за умови надходження бюджетних коштів на рахунок Замовника за даним кодом видатків) з дати надання Учасником Замовнику належним чином оформленої видаткової накладної на поставлений товар. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за поставлений товар здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з дати отримання Замовником бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок.	Післяплата	30	Банківські	100
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----	------------	-----

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

Товариство з обмеженою відповідальністю "УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ДІМ"

10. Інформація про ціну пропозиції:

85 655,79 УАН з ПДВ