

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Одеський обласний центр нефрології та діалізу" Одеської обласної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01111138**
3. Місцезнаходження замовника: **65017, Україна, Одеська область обл., місто Одеса, Люстдорфська дорога , будинок 1**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 2 — Дезінфекційні засоби для хірургічної та гігієнічної обробки рук та ін'єкційного поля

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
Дезінфекційні засоби для хірургічної та гігієнічної обробки рук та ін'єкційного поля (місцевий бюджет)	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	9 найменувань	65017, Україна, Одеська область, м.Одеса, вул. Люстдорфська дорога, 1	до 20 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки за поставлений товар здійснюється на умовах відстрочки платежу на термін 15 банківських днів. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за поставлений товар здійснюється протягом 7 банківських днів з дати отримання Покупцем бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок. Джерело фінансування - місцевий бюджет	Післяоплата	15	Банківські	100

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

**Товариство з обмеженою відповідальністю
"Лізоформ Медікал"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

120 428,40 UAH з ПДВ