

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальна установа "Міська клінічна лікарня № 11"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02774415**
3. Місцезнаходження замовника: **65006, Україна, Одеська область обл., м. Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

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
Магнітно-резонансна томографія (без контрастної речовини) пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу, пароксизмами порушення свідомості, з черепно-мозковими та спинальними травмами, патологією грудної клітини та черевної порожнини	ДК 021:2015: 85150000-5 — Послуги діагностичної візуалізації	70 штука	65006, Україна, Одеська область, місто Одеса, вул. Академіка Воробйова,5	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Надання послуг	Джерело фінансування місцевий бюджет. Оплата здійснюється за фактично надані послуги на підставі акту наданих та рахунку.	Післяплата	15	Банківські	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПП "ВИТА- МЕД І"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **90 160,00 УАН з ПДВ**