ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника:	**КЗ Комунальний заклад Сумської обласної ради "Сумська обласна клінічна лікарня"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника:	**02000381**
3. Місцезнаходження замовника:	**40022, Україна, Сумська область обл., Суми, вул.Троїцька, 48**
3[1]. Вид предмета закупівлі:	**Товари**

ЛОТ 1 — лот 1 Рукавички медичні, хірургічні, латексні припудрені, стерильні.

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
РУКАВИЧКИ МЕДИЧНІ, ХІРУРГІЧНІ, ЛАТЕКСНІ ПРИПУДРЕНІ, СТЕРИЛЬНІ. РОЗМІР 7,5	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	10000 пар	40022, Україна, Сумська область, Суми, вул Троїцька 48	до 15 жовтня 2019
Рукавички медичні, хірургічні, латексні припудрені, стерильні Розмір 8	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	2000 пар	40022, Україна, Сумська область, Суми, вул Троїцька 48	до 15 жовтня 2019

8[1]. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Робочі	100

9. Найменування учасника ‒ переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи):	**ТОВ "ТЕТАФАРМ"**
10. Інформація про ціну пропозиції:	**46 920,00 UAH з ПДВ**