

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство "Волинське обласне патологоанатомічне бюро" Волинської обласної ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **20123450**
3. Місцезнаходження замовника: **43005, Україна, Волинська область обл., м. Луцьк, пр-т Грушевського, буд. 21**
- 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
Рукавички хірургічні стерильні (Обласний бюджет)	ДК 021:2015: 33141420-0 — Хірургічні рукавички	6000 пара	43005, Україна, Волинська область, Луцьк, Пр-т. Грушевського 21	до 15 серпня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	5	Календарні	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: **23 882,40 УАН з ПДВ**