

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Дніпровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги" Дніпровської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984636**
3. Місцезнаходження замовника: **49006, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, вул. Володимира Антоновича, 65**
- 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
Лабораторні реактиви	ДК 021:2015: 33690000-3 — Лікарські засоби різні	1912 одиниця	49006, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. В.Антоновича, буд.65 (приміщення складу провізора лікарні)	до 31 грудня 2019

8¹. 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): **ФОП Гребенюк Ірина Тимофіївна**

10. Інформація про ціну пропозиції: **395 013,67 УАН з ПДВ**