

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова» Харківської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02003557**
3. Місцезнаходження замовника: **61103, Україна, Харківська область обл., Харків, пров. Балакірева, буд. 3А**
- 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
Меропенем (Meropenem)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Meropenem	1380 Флакон	61103, Україна, Харківська область, Харків, пров. Балакірева, буд. 3 А	до 20 грудня 2019
Лінезолід (Linezolid)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Linezolid	50 Флакон	61103, Україна, Харківська область, Харків, пров. Балакірева, буд. 3 А	до 20 грудня 2019
Левофлоксацин (Levofloxacin)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Levofloxacin	1700 Флакон	61103, Україна, Харківська область, Харків, пров. Балакірева, буд. 3 А	до 20 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
-------	------	------------	----------------	----------	--------------------

Поставка товару	Оплата за поставлений товар здійснюється Замовником у безготівковій формі шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника протягом 30-ти (тридцяти) календарних днів з дати поставки товару на підставі видаткової накладної (у разі затримки бюджетного фінансування, розрахунок за Товар здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з дати отримання Замовником фінансування з місцевого бюджету на закупівлю на свій реєстраційний рахунок). Джерело фінансування закупівлі - міський бюджет м. Харкова.	Післяоплата	30	Календарні	100
-----------------	---	-------------	----	------------	-----

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

**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АТ-ФАРМА"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

282 801,00 УАН з ПДВ