

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Міська клінічна лікарня №16" Дніпровської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984624**
3. Місцезнаходження замовника: **49069, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, просп. Богдана Хмельницького, буд. 19**
- 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
Імуноглобулін антирабічний (кінський) (фінансування з місцевого бюджету)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Rabies immunoglobulin	2 упаковка	49069, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, проспект Богдана Хмельницького, 19.	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): **ТОВ "Валанж-Фарм"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **9 639,63 UAH з ПДВ**