

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ДНІПРОВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37899741**
3. Місцезнаходження замовника: **49000, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, проспект Богдана Хмельницького, буд. 19**
- 3<sup>1</sup>. 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
Глюкометр з голосовими підказками (або еквівалент)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	2 штука	49069, Україна, Дніпропетровська область, дніпро, просп. Богдана Хмельницького, 19	до 31 грудня 2019
Автоматичний вимірювач артеріального тиску з мовним виводом (або еквівалент)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	2 штука	49069, Україна, Дніпропетровська область, дніпро, просп. Богдана Хмельницького, 19	до 31 грудня 2019

8<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	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: **5 131,10 UAH з ПДВ**