

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство Нетішинської міської ради "Спеціалізована медико-санітарна частина м.Нетішин"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **40365451**
3. Місцезнаходження замовника: **30100, Україна, Хмельницька область обл., м. Нетішин, вул. Лісова, 1**
- 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
Система для вливання кровозамінників та інфузійних розчинів (Код НК 024:2019 - 16649 Основний набір внутрішньовенного введення) (кошти загального фонду місцевого бюджету)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та виробу медичного призначення різні	8000 штука	30100, Україна, Хмельницька область, м.Нетішин, вул.Лісова, 1	від 29 серпня 2019 до 31 грудня 2019
Система для переливання крові, компонентів крові, кровозамінників та інфузійних розчинів (Код НК 024:2019 - 43324 Набір для переливання рідин між контейнерами, загального призначення) (кошти загального фонду місцевого бюджету)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та виробу медичного призначення різні	8000 штука	30100, Україна, Хмельницька область, м.Нетішин, вул.Лісова, 1	від 29 серпня 2019 до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	10	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **69 000,00 УАН з ПДВ**