

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ХЕРСОНЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ХЕРСОНЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР»**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02009896**
3. Місцезнаходження замовника: **73000, Україна, Херсонська область обл., місто Херсон, 73035, Україна, Херсонська область, місто Херсон, смт. Антонівка, шосе В'ячеслава Чорновола , 26-б**
- 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
Фармацевтична продукція (Propofol (Дипрофол ЕДТА 1%, емульсія для інфузій, 10 мг/мл по 20 мл в ампулі № 5), (кошти місцевого бюджету)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Propofol	480 упаковка	73000, Україна, Херсонська область, м. Херсон, шосе В'ячеслава Чорновола, 26Б, смт. Антонівка	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	Оплата Товару здійснюється Замовником шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника 100% вартості поставленого товару протягом 30 календарних днів з моменту передачі Товару Постачальником на підставі видаткових накладних та рахунку, наданого Постачальником.	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 "ТОРГОВИЙ ДІМ "НОВОФАРМ-БІОСИНТЕЗ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **72 905,52 УАН з ПДВ**