

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Іваничівська центральна районна лікарня"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01982904**
3. Місцезнаходження замовника: **45300, Україна, Волинська область обл., смт. Іваничі, вул. Грушевського, буд. 45**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 2 – Фармацевтична продукція (Медичні розчини)

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
Медичні розчини (Левофлоксацин 5мг/мл 100мл №1)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Levofloxacin	2 флакон	45300, Україна, Волинська область, смт Іваничі, вул, Грушевського,45	від 01 вересня 2019 до 31 грудня 2019
Медичні вироби (Натрія хлор 0,9% 200мл)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium chloride	10 флакон	45300, Україна, Волинська область, смт Іваничі, вул, Грушевського,45	від 01 вересня 2019 до 31 грудня 2019
Медичні розчини (Рінгер лактатний 200 мл)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Comb drug	4 флакон	45300, Україна, Волинська область, смт Іваничі, вул, Грушевського,45	від 01 вересня 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	7	Робочі	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **11 928,16 UAH**