

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медичної допомоги" Новотроїцької районної ради Херсонської області**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38248917**
3. Місцезнаходження замовника: **75300, Україна, Херсонська область обл., Новотроїцьк, Соборна, 79**
- 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
Кушетка медична (оглядова)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	3 шт	75300, Україна, Херсонська область, смт Новотроїцьке, вул. Соборна, 79	до 31 жовтня 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): **ПП Інвестпромспецтехнологія**

10. Інформація про ціну пропозиції: **5 994,00 UAH з ПДВ**