

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **МИКОЛАЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ МИКОЛАЇВСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **31822150**
3. Місцезнаходження замовника: **54018, Україна, Миколаївська область обл.,
місто Миколаїв, ВУЛИЦЯ МИКОЛАЇВСЬКА,
будинок 23**
- 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
Медичні матеріали (вироби медичного призначення)	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	22 найменувань	54018, Україна, Миколаївська область, м.Миколаїв, вул.Миколаївська 23	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Дата виставлення рахунку		Післяоплата	10	Банківські	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СОФІ-МЕД"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **161 535,44 УАН з ПДВ**