

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №7 ПЕЧЕРСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993842**
3. Місцезнаходження замовника: **01103, Україна, місто Київ обл., м.Київ, вул. Професора Підвисоцького, 4Б**
- 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
Халат хірургічний	ДК 021:2015: 18130000-9 — Спеціальний робочий одяг	300 штуки	01103, Україна, місто Київ, м.Київ, вул. Професора Підвисоцького, 4Б	до 31 жовтня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Джерело фінансування - кошти місцевого бюджету. Оплата проводиться згідно ст. 49 Бюджетного Кодексу України шляхом перерахування Покупцем коштів на розрахунковий рахунок Постачальника після підписання видаткових накладних з обох Сторін. Розрахунки за поставлений товар здійснюються у разі наявності та в межах відповідних бюджетних асигнувань в безготівковій формі згідно наданих Постачальником видаткових накладних протягом 30-ти днів з моменту підписання видаткових накладних з обох Сторін. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунок за поставлений товар здійснюється протягом 5 банківських днів з дати отримання Покупцем бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок; Періодична	Післяоплата	30	Календарні	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Ф.О.П. Корочанський М.П.**

10. Інформація про ціну пропозиції: **37 200,00 UAH з ПДВ**