

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство "Криворізький протитуберкульозний диспансер" Дніпропетровської обласної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01985989**
3. Місцезнаходження замовника: **50037, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Кривий Ріг, вул. Кемерівська, 35**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

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
Ремонт медичного обладнання (Джерело фінансування місцевий (обласний))	ДК 021:2015: 50420000-5 — Послуги з ремонту і технічного обслуговування медичного та хірургічного обладнання	32 послуга	Україна, Відповідно до документації	від 08 жовтня 2019 до 20 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Надання послуг	Оплата Послуг здійснюється Замовником в національній валюті України в безготівковій формі, протягом 10 банківських днів шляхом перерахування коштів на рахунок Виконавця згідно акту виконаних робіт. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за надані послуги здійснюється протягом 10 банківських днів з дати отримання Замовником бюджетного фінансування на свій реєстраційний рахунок.	Післяоплата	10	Банківські	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП "РУСІНОВ ОЛЕКСАНДР ВАЛЕНТИНОВИЧ"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **91 300,00 УАН з ПДВ**