

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги №5 м. Вінниці"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05484362**
3. Місцезнаходження замовника: **21001, Україна, Вінницька область обл., Вінниця, Замостянська,49**
- 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 (НК 024:2019:32207- Лейкопластир для з'єднання країв ран, НК 024:2019:47990- Лейкопластир до поверхневих ран , НК 024:2019:47237- Серветка для очищення шкіри , НК 024:2019:47017 - Шприц загального призначення, разового застосування , НК 024:2019: 47017 - Шприц загального призначення, разового застосування , НК 024:2019: 44059- Одноразовий акушерсько-гінекологічний хірургічний набір, що не містить лікарських засобів , НК 024:2019:58735- Гель контактний, стерильний, НК 024:2019:48125- Рулон марлевий, нестерильний НК 024:2019:58232- Рулон ватний, нестерильний, НК 024:2019:48133- Серветка марлева тканна, стерильна, НК 024:2019:47173- Припудрені, оглядові / процедурні рукавички з латексу гевеї, нестерильні, НК 024:2019:47173- Припудрені, оглядові / процедурні рукавички з латексу гевеї, нестерильні, НК 024:2019:47456- Простирadlo разового використання, НК 024:2019:47456- Простирadlo разового використання, НК 024:2019:35177- Маска хірургічна, одноразового застосування.)	ДК 021:2015:33140000-3 — Медичні матеріали	102446 штуки	21001, Україна, Вінницька область, Вінниця, Замостянська,49	до 10 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПП "ДУОМЕД УКРАЇНА"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **127 796,00 УАН з ПДВ**