

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір  
(під час застосування переговорної процедури)  
UA-2019-09-13-001814-a

1. Найменування замовника: **Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М.Лук'янової Національної академії медичних наук України"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02012022**
3. Місцезнаходження замовника: **04050, Україна, Київська обл., м. Київ, вул. П. Майбороди, б. 8**
- 3<sup>1</sup>. 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
Апарат високочастотної штучної вентиляції легенів для новонароджених (код НК 024:2019 «Класифікатор медичних виробів» 42411 Апарат штучної вентиляції легенів для інтенсивної терапії неонатальний / для дорослих) Джерело фінансування: кошти Державного бюджету	ДК 021:2015: 33170000-2 — Обладнання для анестезії та реанімації	1 штуки	Україна, Київська область, м. Київ, вул. П. Майбороди, б. 8	до 31 грудня 2019
Апарат неінвазивної штучної вентиляції легень для новонароджених (код НК 024:2019 «Класифікатор медичних виробів» 42411 Апарат штучної вентиляції легенів для інтенсивної терапії неонатальний / для дорослих) Джерело фінансування: кошти Державного бюджету	ДК 021:2015: 33170000-2 — Обладнання для анестезії та реанімації	6 штуки	Україна, Київська область, м. Київ, вул. П. Майбороди, б. 8	до 31 грудня 2019

8<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	45	Календарні	100

Інформація про учасника (учасників)

9. Найменування учасника (учасників) (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи), з яким (якими) проведено переговори	10. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків учасника (учасників), з яким (якими) проведено переговори	11. Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника (учасників), з яким (якими) проведено переговори, телефон	12. Ціна пропозиції
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ФАРМА СИСТЕМНИЙ ІНТЕГРАЛЬНИЙ СЕРВІС"	40168878	40000, Україна, Суми, вулиця Соборна, будинок 19  0674456343	5 002 473.20 УАН з ПДВ