

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
Папір А4	ДК 021:2015: 30190000-7 — Офісне устаткування та приладдя різне	180 пачка	21001, Україна, Вінницька область, Вінниця, Замостянська,49	до 30 листопада 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	14	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **13 428,00 UAH з ПДВ**