

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ Одеський обласний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **20991240**
3. Місцезнаходження замовника: **65026, Україна, Одеська область обл., Одеса, вулиця Гаванна,1**
- 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
Апарат штучної вентиляції легенів	ДК 021:2015: 33150000-6 — Апаратура для радіотерапії, механотерапії, електротерапії та фізичної терапії НК 024:2019: 42411 — Апарат штучної вентиляції легенів для інтенсивної терапії неонатальний / для дорослих	2 комплекти	65006, Україна, Одеська область, м. Одеса, вул. Академіка Вробйова 9	до 24 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Оплата вартості товарів, що постачаються, здійснює шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок ПОСТАЧАЛЬНИКА на підставі видаткової накладної при наявності бюджетного фінансування, протягом 10 (десяти) банківських днів з дня поставки товару. Джерело фінансування закупівлі: кошти місцевого бюджету.	Післяоплата	10	Банківські	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції:

1 090 090,00 УАН з ПДВ