

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЛУЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ №2"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **25787627**
3. Місцезнаходження замовника: **43024, Україна, Волинська обл. обл., Луцьк, ПРОСПЕКТ ВІДРОДЖЕННЯ, будинок 13**
- 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
хімреактиви	ДК 021:2015: 33696000-5 — Реактиви та контрастні речовини	1 упакув	43024, Україна, Волинська обл., Луцьк, Відродження	від 30 жовтня 2019 до 05 листопада 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	10	Робочі	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Фірма "Волиньфарм"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **10 446,80 УАН з ПДВ**