

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Дніпровська міська лікарня № 15" Дніпровської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984381**
3. Місцезнаходження замовника: **49000, Україна, Дніпропетровська область обл., місто Дніпро, ВУЛИЦЯ ПЕРЕМОГИ, будинок 113**
- 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
Дезінфекційні засоби	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	4 найменувань	49033, Україна, Дніпропетровська область, Днепропетровск, вул.Перемоги, 113	до 29 листопада 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Згідно статті 23 Бюджетного кодексу України бюджетні зобов'язання та платежі з бюджету здійснюються лише за наявності відповідного бюджетного призначення. У разі затримки фінансування на вказані цілі ЗАМОВНИК здійснює розрахунки з ПОСТАЧАЛЬНИКОМ протягом десяти робочих днів з дня надходження коштів на його рахунок.	Післяоплата	15	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **18 000,00 УАН з ПДВ**