

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №12**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **25680639**
3. Місцезнаходження замовника: **01103, Україна, Київська обл., м.Київ, Печерський район, ВУЛИЦЯ ПІДВИСОЦЬКОГО, будинок 4-А**
- 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
Медична карта стаціонарного хворого , ф003/0, три аркуші А3, дук двохсторонній, папір газетка. шт. 11000 Температурний листок , А4, ф004/0, дук двохсторонній, папір газетка. шт. 11000 Листок лікарських призначень, , А4, ф003/4, дук двохсторонній, папір газетка шт. 11000 Картка хворого який вибув із стаціонару, А5, ф066/0, дук двохсторонній, папір газетка. шт. 11000 Інформаційна згода пацієнта на проведення діагностики , лікування , на проведення операції та знеболення, А5, ф003-6/0, дук двохсторонній, папір газетка. шт. 11000 Журнал обліку якості предстерелізаційної обробки виробів медичного призначення, 100 арк., папір газетка, ф.366/0 шт. 20 Журнал складського обліку додаток №1 до наказу №15, 100 арк., папір газетка шт. 30 Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, ф.007/0, А4, дук двохсторонній, папір газетка шт. 1500	ДК 021:2015: 22820000-4 — Бланки	56550 штуки	01103, Україна, Київська, м.Київ, Печерський район, ВУЛИЦЯ ПІДВИСОЦЬКОГО, будинок 4-А	до 30 листопада 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	100

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

ФОП "МОСКАЛЕНКО СВІТЛАНА ВАЛЕРІЇВНА"

10. Інформація про ціну пропозиції:

10 200,00 УАН з ПДВ