

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02012906**
3. Місцезнаходження замовника: **01001, Україна, Київська обл., м.Київ, Шевченківський район, вулиця Прорізна, будинок 19**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 6 — лот 6 - Летрозол, 2,5 мг, табл., капс., драже - 12000 од.

4. Конкретна назва предмета закупівлі	5. Коді 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
лот 6 - Летрозол, 2,5 мг, табл., капс., драже - 12000 од.	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Letrozole АТХ: M05BA08	12000 одиниця	01001, Україна, Київська, м. Київ, Шевченківський район, вулиця Прорізна, будинок 19	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки проводяться відповідно до статті 49 Бюджетного кодексу України шляхом оплати Замовником вартості товарів, зазначених в специфікації до договору, після їх отримання та згідно пред'явленої учасником видаткової накладної. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунки проводяться протягом 5 банківських днів з дати отримання замовником на свій реєстраційний рахунок бюджетного призначення на фінансування закупівлі за вказаним напрямом	Післяоплата	5	Банківські	100

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

**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АТ-ФАРМА"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

84 000,00 UAH з ПДВ

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет		3595545.65 UAH