

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Барський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги" Барської районної ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **35599262**
3. Місцезнаходження замовника: **23000, Україна, Вінницька область обл., місто Бар, вулиця Каштанова 34**
- 3<sup>1</sup>. 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
програф PROGRAF 1мг (Tacrolimus)	ДК 021:2015: 33652300-8 — Імуносупресивні засоби МНН: Tacrolimus	29 уп	23000, Україна, Вінницька область, м.Бар, вул.Каштанова,34	до 31 грудня 2019

8<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунок за Товар здійснюється у безготівковому порядку. Покупець проводить оплату за замовлений Товар шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок Продавця в обсязі 100% оплати протягом 10 банківських днів з дня одержання Товару.	Післяплата	10	Банківські	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **35 156,99 УАН з ПДВ**