

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2 м.Вінниці"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38055061**
3. Місцезнаходження замовника: **21050, Україна, Вінницька область обл., Вінниця, вул. Магістратська, 44**
- 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
Принтери	ДК 021:2015:30230000-0 — Комп'ютерне обладнання	12 шт	21050, Україна, Вінницька область, м.Вінниця, вул. Магістратська,44	до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
-------	------	------------	----------------	----------	--------------------

Поставка товару	4.1. Розрахунки за Договором проводяться на підставі накладних шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника. 4.2. Розрахунки проводяться протягом 7 календарних днів з моменту отримання товару. 4.3. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунки проводяться на протязі 3 банківських днів з дати отримання Замовником на свій реєстраційний рахунок бюджетного призначення на фінансування закупівлі за вказаним напрямом. 4.4. Вартість товару визначена з урахуванням податків і зборів, що сплачуються або мають бути сплачені, а також витрат на транспортування, навантаження та розвантаження, введення в експлуатацію, монтаж, інструктаж персоналу Замовника, страхування, сплату митних тарифів та інших витрат згідно вимог діючих законодавчих і розпорядчих актів місцевого самоврядування щодо формування ціни та вартості. Не врахована Учасником вартість окремих послуг не сплачується Замовником окремо, а витрати на їх виконання вважаються врахованими у загальній ціні його пропозиції	Післяплата	7	Календарні	100
-----------------	--	------------	---	------------	-----

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

ФОП СЕМЕНЕНКО ТЕТЯНА СЕРГІЇВНА

10. Інформація про ціну пропозиції:

40 449,00 UAH з ПДВ

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Інше	Кошти національної служби здоров'я України	48000 UAH