

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КНП "Горохівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38558716**
3. Місцезнаходження замовника: **45700, Україна, Волинська область обл., ГОРОХІВСЬКИЙ РАЙОН/М.ГОРОХІВ, вул Паркова, буд.22 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
Аналізатор гематологічний	ДК 021:2015: 38430000-8 — Детектори та аналізатори	1 шт.	45300, Україна, Волинська область, ГОРОХІВСЬКИЙ РАЙОН/М.ГОРОХІВ, м.Горохів вул Паркова 22	від 27 грудня 2019 до 31 грудня 2019

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	2	Робочі	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **197 988,15 UAH з ПДВ**