

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МУКАЧІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01992831**
3. Місцезнаходження замовника: **89600, Україна, Закарпатська обл. обл., Мукачево, ВУЛИЦЯ ПИРОГОВА МИКОЛИ, будинок 8-13**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 1 – Лот 1.Вироби для клінічних досліджень/випробувань

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
Вироби для клінічних досліджень / випробувань	ДК 021:2015: 33698000-9 — Вироби для клінічних досліджень / випробувань	122 набір	Україна, Відповідно до документації	від 01 лютого 2020 до 31 березня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Дата виставлення рахунку	Розрахунки за поставлений товар здійснюється на підставі п.1 ст.49 Бюджетного кодексу України з відтермінуванням платежу до 7 банківських днів. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунки за отриманий товар здійснюються протягом трьох банківських днів з дати отримання замовником бюджетного фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок,джерело фінансування закупівлі-кошти медичної субвенції	Післяоплата	7	Банківські	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **20 594,12 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	кошти медичної субвенції	157481 UAH