

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02013337**
3. Місцезнаходження замовника: **29000, Україна, Хмельницька область обл., місто  
Хмельницький, вулиця Шевченка, будинок 46**
- 3<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Товари**

## ЛОТ 1 – Tacrolimus

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
Tacrolimus	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Tacrolimus	6800 шт	29000, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. І. Франка, 15/1 (Хмельницька обласна база спецмедпостачання)	до 31 грудня 2020

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

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки між Сторонами здійснюються в Українській національній валюті — гривнях. Вид розрахунків — безготівковий, шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Учасника. Фінансування відбувається за рахунок місцевого бюджету. Розрахунки за Товар (партію Товару) Замовник здійснює протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту підписання видаткової накладної.	Післяоплата	15	Банківські	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **111 626,76 УАН з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	Фінансування здійснюється за рахунок місцевого бюджету	2544935 UAH