

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01982749**
3. Місцезнаходження замовника: **21032, Україна, Вінницька обл. обл., Вінниця, ВУЛИЦЯ КИЇВСЬКА, будинок 68**
- 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
Натрію хлорид р-н д/ін. 9 мг/мл по 100мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium chloride	400 конт	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська,68	до 20 березня 2020
Натрію хлорид р-н д/ін. 9 мг/мл по 200 мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium chloride	400 конт	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська, 68	до 20 березня 2020
Натрію хлорид р-н д/ін. 9 мг/мл по 400 мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium chloride	3100 конт	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська,68	до 20 березня 2020
Реосорбілакт розчин для ін'єкцій по 200 мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Electrolytes in combination with other drugs	150 флак	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська, 68	до 20 березня 2020

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

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

Поставка товару	Оплата здійснюється за фактично отриманий товар. Розрахунки проводяться у безготівковій формі шляхом перерахунку коштів на рахунок Постачальника протягом 30 календарних днів з дня отримання товару. Платежі здійснюються Покупцем відповідно до статті 49 Бюджетного кодексу України.	Післяоплата	30	Календарні	100
-----------------	---	-------------	----	------------	-----

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ " Медичний центр "М.Т.К."**

10. Інформація про ціну пропозиції: **80 335,60 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	Місцевий бюджет Вінницької міської об'єднаної територіальної громади (місцевий бюджет)	83000 UAH