

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ "КИЇВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993701**
3. Місцезнаходження замовника: **04107, Україна, Київська обл. обл., Київ, вул. Багговутівська, будинок 1**
- 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
Дезінфекційні засоби	ДК 021:2015: 24455000-8 — Дезінфекційні засоби	2020 шт	04107, Україна, Київська обл., Київ, Багговутівська, 1	від 17 лютого 2020 до 31 березня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки за поставлений товар здійснюються на підставі ст.ст.48, 49 Бюджетного кодексу України за фактом поставки товару, у разі наявності та в межах відповідних бюджетних асигнувань, на умовах від термінування платежу до 30 календарних днів. У випадку затримки бюджетного фінансування Замовник зобов'язується сплатити вартість поставленого товару, при наявності дозволу державної казначейської служби на здійснення оплати, впродовж 3-х банківських днів з дати отримання бюджетних коштів на ці цілі	Післяоплата	30	Календарні	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ТРАСТ МЕДІКАЛ ГРУП"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **590 408,00 UAH з ПДВ**
11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Державний бюджет України		600000 UAH