

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КП "Рогатинський центр первинної медико-санітарної допомоги" Рогатинської районної ради Івано-Франківської області**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **41838805**
3. Місцезнаходження замовника: **77000, Україна, Івано-Франківська область обл., Рогатин, Чорновола**
- 3<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

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
Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою	ДК 021:2015: 85100000-0 — Послуги у сфері охорони здоров'я	2100 шт	77000, Україна, Івано-Франківська область, Рогатин, вул.Галицька 119А	до 31 грудня 2020
Загальний аналіз сечі	ДК 021:2015: 85100000-0 — Послуги у сфері охорони здоров'я	1800 шт	77000, Україна, Івано-Франківська область, Рогатин, вул.Галицька 119А	до 31 грудня 2020
Загальний холестерин	ДК 021:2015: 85100000-0 — Послуги у сфері охорони здоров'я	750 шт	77000, Україна, Івано-Франківська область, Рогатин, вул.Галицька 119А	до 31 грудня 2020
Глюкоза крові	ДК 021:2015: 85100000-0 — Послуги у сфері охорони здоров'я	1400 шт	77000, Україна, Івано-Франківська область, Рогатин, вул.Галицька 119А	до 31 грудня 2020
Загальний аналіз крові (гемоглобін, лейкоцити, ШОЕ)	ДК 021:2015: 85100000-0 — Послуги у сфері охорони здоров'я	700 шт	77000, Україна, Івано-Франківська область, Рогатин, вул.Галицька 119А	до 31 грудня 2020

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

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

Виконання робіт	. Оплата здійснюється на підставі належним чином оформлених актів надання послуг та рахунків, що надається Виконавцем. Оплата здійснюється в строк 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дати підписання актів надання послуг Сторонами.	Післяоплата	15	Робочі	100
-----------------	--	-------------	----	--------	-----

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

**Товариство з обмеженою відповідальністю "Медекс плюс"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

**220 000,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		430000 UAH