

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство "Хмельницька міська дитяча лікарня" Хмельницької міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02004674**
3. Місцезнаходження замовника: **29008, Україна, Хмельницька область обл., місто Хмельницький, вулиця Степана Разіна 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
35476: Аналізатор гематологічний IVD, автоматичний	ДК 021:2015: 38430000-8 — Детектори та аналізатори НК 024:2019: 35476 — Аналізатор гематологічний IVD, автоматичний	1 шт	29008, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. С. Разіна, 1	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Розрахунки за наданий товар здійснюються на підставі видаткової накладної на умовах відстрочки платежу до 30 календарних днів та у відповідності до частини 1 статті 49 Бюджетного кодексу України. (фінансування здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету). У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за надані товари здійснюється протягом 10 банківських днів з дати отримання Замовником бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок	Післяоплата	30	Календарні	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТЗОВ "ПРОМО-МЕД"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

208 948,53 UAH з ПДВ

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	Кошти місцевого бюджету	210000 UAH