

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД "УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37876813**
3. Місцезнаходження замовника: **61020, Україна, Харківська область обл., Харків, ВУЛИЦЯ ТІМІРЯЗЄВА, будинок 10**
- 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
Морфіну гідрохлорид + носкапін + папаверину гідрохлорид + кодеїн + тебаїн (Comb drug).	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Comb drug	325 ампул	Україна, Відповідно до документації	до 24 грудня 2020
Тримеперидин (Trimeperidine)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Trimeperidine	350 ампул	Україна, Відповідно до документації	до 24 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	29	Календарні	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ "ОБЛАСНИЙ АПТЕЧНИЙ СКЛАД"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **90 896,50 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Державний бюджет України		93500 UAH