

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02003706**
3. Місцезнаходження замовника: **61051, Україна, Харківська область обл., м. Харків, вул. Клочківська, 337а**
- 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
Сібазон	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Diazepam АТХ: N05BA01	30 упаковка	61051, Україна, Харківська область, місто Харків, вул. Клочківська, 337 А	до 27 березня 2020
Кетамін	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ketamine АТХ: N01AX03	20 упаковка	61051, Україна, Харківська область, місто Харків, вул. Клочківська, 337 А	до 27 березня 2020
Фентаніл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Fentanyl АТХ: N01AH01	120 упаковка	61051, Україна, Харківська область, місто Харків, вул. Клочківська, 337 А	до 27 березня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Кошти медичної субвенції	Післяоплата	30	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: **59 171,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Інше	Кошти медичної субвенції	59278 UAH