

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Національна дитяча спеціалізована лікарня "Охматдит" МОЗ України**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01994089**
3. Місцезнаходження замовника: **01135, Україна, м. Київ обл., м.Київ, вул.В.Чорновола,28/1**
- 3<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Товари**

**ЛОТ 1 — ЛОТ 1 - рукавички медичні ортопедичні, антиснід, неопренові: 40548 Хірургічна рукавичка, латекс, 60951 Рукавички хірургічні з латексу гевеї, непудровані, антибактеріальні, 56293 Рукавички хірургічні поліізопренові, непудровані**

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
рукавички медичні ортопедичні, антиснід, неопренові: 40548 Хірургічна рукавичка, латекс, 60951 Рукавички хірургічні з латексу гевеї, непудровані, антибактеріальні, 56293 Рукавички хірургічні поліізопренові, непудровані	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	3 найменування	01135, Україна, м. Київ, м.Київ, вул.В.Чорновола,28/1	до 31 грудня 2020

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

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

Поставка товару	Оплата товару здійснюється Замовником в національній валюті України в безготівковій формі шляхом перерахування коштів на рахунок Учасника за фактом постачання з відстрочкою платежу до 30 днів. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунки за поставлений Товар здійснюються протягом 10-ти днів з дати отримання Замовником бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----	------------	-----

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

**Товариство з обмеженою відповідальністю "УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ДІМ"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

**505 544,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Державний бюджет України	Оплата товару здійснюється Замовником в національній валюті України в безготівковій формі шляхом перерахування коштів на рахунок Учасника за фактом постачання з відстрочкою платежу до 30 днів. У разі затримки бюджетного фінансування, розрахунки за поставлений Товар здійснюються протягом 10-ти днів з дати отримання Замовником бюджетного призначення на фінансування закупівлі на свій реєстраційний рахунок	2990593 UAH