

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Млинівський центр первинної медико-санітарної допомоги" Млинівської селищної ради Рівненської області**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38668003**
3. Місцезнаходження замовника: **35100, Україна, Рівненська область обл., смт Млинів, вул.Степана Бандери,18**
- 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
Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні (пробірки)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	11 найменувань	35100, Україна, Рівненська область, смт Млинів, вул. Степана Бандери, 18	від 02 березня 2020 до 30 листопада 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	10	Робочі	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **64 381,23 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		69000 UAH