

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **04528465**
3. Місцезнаходження замовника: **61039, Україна, Харківська область обл., місто Харків, проспект Любові Малої, будинок 2А**
- 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
Діазепам (Diazepam)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Diazepam	25 упаковка	61039, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Любові Малої, будинок 2А	до 31 грудня 2020
Морфін (Morphine)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Morphine	15 упаковка	61039, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Любові Малої, будинок 2А	до 31 грудня 2020
Тримеперидин (Trimeperidine)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Trimeperidine	40 упаковка	61039, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Любові Малої, будинок 2А	до 31 грудня 2020
Оксибутират натрію (Sodium oxybate)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium oxybate	20 упаковка	61039, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Любові Малої, будинок 2А	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Покупець здійснює оплату за отриманий Товар (його партію) шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок Постачальника протягом 30 днів з моменту поставки відповідної партії Товару. (Джерело фінансування: Державний бюджет України)	Післяплата	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:

54 152,70 UAH з ПДВ

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Державний бюджет України		54725 UAH