

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Обласний комунальний заклад "Сумське обласне бюро судово-медичної експертизи"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05481062**
3. Місцезнаходження замовника: **42400, Україна, Сумська область обл., смт Краснопілля, вул. Мезенівська, 4**
- 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
Рукавички нестерильні нітрилові	ДК 021:2015: 18420000-9 — Аксесуари для одягу	1500 пар	40020, Україна, Сумська область, Суми, м. Суми, вул. Курська, 111	до 30 квітня 2020
Рукавички нестерильні латексні	ДК 021:2015: 18420000-9 — Аксесуари для одягу	500 пар	40020, Україна, Сумська область, Суми, м. Суми, вул. Курська, 111	до 30 квітня 2020
Рукавички оглядові стерильні латексні	ДК 021:2015: 18420000-9 — Аксесуари для одягу	50 пар	40020, Україна, Сумська область, Суми, м. Суми, вул. Курська, 111	до 30 квітня 2020
Рукавички Dermagrip	ДК 021:2015: 18420000-9 — Аксесуари для одягу	2000 пар	40020, Україна, Сумська область, Суми, м. Суми, вул. Курська, 111	до 30 квітня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	15	Банківські	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "Медичний системний інтегральний сервіс"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **21 699,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
--------------------------------	------	------

Місцевий бюджет		28600 УАН
-----------------	--	-----------