

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КП Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993305**
3. Місцезнаходження замовника: **76025, Україна, Івано-Франківська область обл., місто Івано-Франківськ, вулиця Мазепи,114**
- 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
аналізатор гематологічний IVD, автоматичний	ДК 021:2015: 38430000-8 — Детектори та аналізатори НК 024:2019: 35476 — Аналізатор гематологічний IVD, автоматичний	1 шт	76025, Україна, Івано-Франківська область, Івано-Франківськ, Мазепи,114	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	90	Робочі	100

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП Хамик Ярослав Володимирович**
10. Інформація про ціну пропозиції: **199 876,00 UAH з ПДВ**