

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Міська клінічна лікарня № 11" Одеської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02774415**
3. Місцезнаходження замовника: **65006, Україна, Одеська область обл., м. Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5-Г**
- 3<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

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
КТ (без контрастної речовини) пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу, пароксизмами порушення свідомості, з черепно-мозковими та спинальними травмами, патологією грудної клітини та черевної порожнини	ДК 021:2015: 85150000-5 — Послуги діагностичної візуалізації	580 послуга	65006, Україна, Одеська область, місто Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5-Г	до 31 грудня 2020
Комп'ютерна томографія ангіографія	ДК 021:2015: 85150000-5 — Послуги діагностичної візуалізації	80 послуга	65006, Україна, Одеська область, місто Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5-Г	до 31 грудня 2020
МРТ (без контрастної речовини) пацієнтам з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу, пароксизмами порушення свідомості, з черепно-мозковими та спинальними травмами, патологією грудної клітини та черевної порожнини	ДК 021:2015: 85150000-5 — Послуги діагностичної візуалізації	70 послуга	65006, Україна, Одеська область, місто Одеса, вул. Академіка Воробйова, 5-Г	до 31 грудня 2020

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

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

Надання послуг	Оплата здійснюється за фактично надані послуги на підставі акту наданих послуг та рахунку	Післяоплата	15	Банківські	100
----------------	---	-------------	----	------------	-----

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **892 200,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет		897000 UAH