

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Дитяче територіальне медичне об'єднання" Краматорської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01990803**
3. Місцезнаходження замовника: **84333, Україна, Донецька область обл., м. Краматорськ, вул. Героїв України, 20**
- 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
БРАКСОН р-н д/ін. 40 мг/мл амп. 2 мл №10	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Tobramycin АТХ: J01GB01	5 упаковка	84333, Україна, Донецька область, Краматорськ, вул. Героїв України буд.20	до 20 грудня 2020
ЕМАВЕЙЛ Епоетин альфа 2000 МО/мл р-н д/ін. 2000 МО/мл шприц 1 мл, в пачці №1	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Erythropoietin АТХ: B03XA01	300 упаковка	84333, Україна, Донецька область, Краматорськ, вул. Героїв України буд.20	до 20 грудня 2020
Натрію хлорид 50 мг/мл р-н д/інф. 50 мг/мл контейнер 200 мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sodium chloride АТХ: B05XA03	20 флакон	84333, Україна, Донецька область, Краматорськ, вул. Героїв України буд.20	до 20 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Розрахунки за поставлений товар здійснюються на підставі Бюджетного кодексу України, шляхом оплати Замовником вартості кожної поставленої партії товару по безготівковому розрахунку протягом 30 календарних днів з моменту одержання товару за цінами згідно видаткових накладних при наявності коштів на рахунку Замовника.	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----	------------	-----

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ " Медичний центр "М.Т.К."**

10. Інформація про ціну пропозиції: **101 614,80 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет		102019 UAH