

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство "Дніпропетровська обласна станція переливання крові"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01985434**
3. Місцезнаходження замовника: **49069, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, ПРОСПЕКТ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО, будинок 17**
- 3<sup>1</sup>. 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
Кров'яний агар, чашки Петрі d=90мм по 25мл (NM 12-90) 5шт/упак, або еквівалент	ДК 021:2015: 24930000-2 — Фотохімікати	840 упаковка	49069, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пр. Богдана Хмельницького ,17	від 05 травня 2020 до 31 грудня 2020
Агар поживний, чашки Петрі d=90мм по 25мл (NM 32-90) 5шт/упак. , або еквівалент	ДК 021:2015: 24930000-2 — Фотохімікати	2400 упаковка	49069, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пр. Богдана Хмельницького ,17	від 05 травня 2020 до 31 грудня 2020
Середовище тіогліколеве, флакони по 20мл (NM 60-20) , або еквівалент	ДК 021:2015: 24930000-2 — Фотохімікати	8400 штуки	49069, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пр. Богдана Хмельницького ,17	від 05 травня 2020 до 31 грудня 2020
Рідке тіогліколеве середовище, пробірки по 10мл (NM 235-10) , або еквівалент	ДК 021:2015: 24930000-2 — Фотохімікати	9000 штуки	49069, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пр. Богдана Хмельницького ,17	від 05 травня 2020 до 31 грудня 2020

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

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

Поставка товару	Розрахунки за поставлений Товар здійснюються шляхом оплати на умовах відстрочки платежу до 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання Товару підприємством, а у разі відсутності коштів на рахунках Замовника - з моменту їх надходження.	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	--	------------	----	------------	-----

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **752 148,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет		752400 UAH