

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Міське комунальне підприємство “Медичний стоматологічний центр”**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05484422**
3. Місцезнаходження замовника: **21021, Україна, Вінницька область обл., Вінниця, Келецька, 68**
- 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
К-файли (06 конусність 0.2) 6шт (НК 024:2019 - 31875 Ендодонтичний розширювач)	ДК 021:2015: 33130000-0 — Стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади НК 024:2019: 31875 — Ендодонтичний розширювач	50 упаковка	21021, Україна, Вінницька область, Вінниця, вул..Келецька, 68	до 31 грудня 2020
Протейпери ручні набір 6шт (19 0,4, S1, S2,F1, F2, F3) (НК 024:2019 - 41878 Ручний ендодонтичний рашпіль)	ДК 021:2015: 33130000-0 — Стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади НК 024:2019: 41878 — Ручний ендодонтичний рашпіль	120 упаковка	21021, Україна, Вінницька область, Вінниця, вул..Келецька, 68	до 31 грудня 2020
Протейпери машинні 6шт (17-0.8, 19-0.2, 20-0.4, 25-0.4, 25-0.6, 35-0.4) (НК 024:2019 - 40529 Рашпіль ендодонтичний ротаційний, багаторазового використання)	ДК 021:2015: 33130000-0 — Стоматологічні та вузькоспеціалізовані інструменти та прилади НК 024:2019: 40529 — Рашпіль ендодонтичний ротаційний, багаторазового використання	120 упаковка	21021, Україна, Вінницька область, Вінниця, вул..Келецька, 68	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Термін оплати: 14 календарних днів з дня поставки товару. Форма оплати: безготівковий розрахунок переказом грошових коштів на розрахунковий рахунок Учасника	Післяплата	14	Календарні	100
-----------------	---	------------	----	------------	-----

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **93 950,00 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		140000 UAH