

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Нововолинська центральна міська лікарня"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01983016**
3. Місцезнаходження замовника: **45400, Україна, Волинська область обл., місто Нововолинськ, проспект Перемоги, будинок 7**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 3 – Севофлуран

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
Севофлуран/Севоран 250 мл	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sevoflurane	5 флакон	45400, Україна, Волинська область, місто Нововолинськ, проспект Перемоги, будинок 7	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Оплата Товару Покупцем здійснюється у безготівковій формі, шляхом переказу коштів з розрахункового рахунку Покупця, на розрахунковий банківський рахунок Постачальника, на умовах відстрочки платежу терміном до чотирнадцяти календарних днів з дати поставки.	Післяоплата	14	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **13 910,00 УАН з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
--------------------------------	------	------

Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)	Кошти НСЗУ	1200000 UAH
--	------------	-------------