

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КНП "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **26158164**
3. Місцезнаходження замовника: **29008, Україна, Хмельницька область обл., місто Хмельницький, вулиця Сковороди, будинок 17**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 2 — Фармацевтична продукція: Лот 2 - Руміксон Фармюніон (Ceftriaxone), Європенем (Meropenem), ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО (Levofloxacin), Фосфомицин (Phosphomycinum)

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
РУМІКСОН ФАРМЮНІОН (Ceftriaxone)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ceftriaxone	1200 уп	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2020
Європенем (Meropenem)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Meropenem	25 уп	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2020
ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО (Levofloxacin)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Levofloxacin	800 уп	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2020
Фосфомицин (Phosphomycinum)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Natural phospholipids	1 уп	Україна, Відповідно до документації	до 31 грудня 2020

8¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	100

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **205 955,74 UAH з ПДВ**

11. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет		795117.15 UAH