

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2021-03-15-009915-b

|                                        |                                                                                               |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Найменування замовника:                | КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО<br>"МІСЬКА ПОЛІКЛІНІКА № 4" ДНІПРОВСЬКОЇ<br>МІСЬКОЇ РАДИ |
| Категорія замовника:                   | Юридична особа, яка забезпечує потреби держави<br>або територіальної громади                  |
| Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:  | 21929183                                                                                      |
| Місцезнаходження замовника:            | 49041, Україна, Дніпропетровська область, м.<br>Дніпро, вул. Панікахи, буд. 19                |
| Вид предмета закупівлі:                | Товари                                                                                        |
| Назва предмета закупівлі:              | Дезінфекційні засоби                                                                          |
| Код за Єдиним закупівельним словником: | ДК 021:2015:24450000-3: Агрохімічна продукція                                                 |

| Назва номенклатурної позиції предмета закупівлі | Код згідно з Єдиним закупівельним словником, що найбільше відповідає назві номенклатурної позиції предмета закупівлі | Кількість товарів або обсяг виконання робіт чи надання послуг | Місце поставки товарів або місце виконання робіт чи надання послуг    | Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Дезінфекційні засоби                            | ДК 021:2015:24450000-8 — Дезінфекційні засоби                                                                        | 9 найменувань                                                 | 49041, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, вул. Панікахи, 19 | до 31 грудня 2021                                         |

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |    |        |     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|--------|-----|
| Поставка товару | Оплата проводиться після пред'явлення Постачальником рахунку на оплату товару, видаткової накладної на товар, відповідних сертифікатів якості та акту приймання-передачі товару, протягом п'ятнадцяти робочих днів з моменту підписання акту приймання передачі товару Замовником | Післяоплата | 15 | Робочі | 100 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|--------|-----|

**Найменування переможця процедури закупівлі/спрощеної закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (для фізичної особи):**

Товариство з обмеженою відповідальністю "Лізоформ Медікал"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

133 106,00 UAH

**Джерело фінансування закупівлі:**

| Джерело фінансування закупівлі | Опис       | Сума       |
|--------------------------------|------------|------------|
| Інше                           | кошти НСЗУ | 133150 UAH |