

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2021-07-27-001517-a

<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЛОКАЧИНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ" Локачинської селищної ради
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	38960146
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	45500, Україна, Волинська область, Локачинський р-н, селище міського типу Локачі, ВУЛИЦЯ ІВАНА ФРАНКА, будинок 19
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Лікарські засоби різні (Холестерин - набір для визначення концентрації загального холестерину та його ефірів у сироватці крові людини НР026.02 (200мл/200макс.визнач.))
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:33600000-6: Фармацевтична 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
Холестерин - набір для визначення концентрації загального холестерину та його ефірів у сироватці крові людини НР026.02 (200мл/200макс.визнач.), ферментний спектрофотометричний аналіз	ДК 021:2015: 33696000-5 — Реактиви та контрастні речовини НК 024:2019: 53359 — Загальний холестерин IVD, набір, ферментний спектрофотометричний аналіз	5 упаковка	45500, Україна, Волинська область, Локачі, вул.І.Франка,19	до 31 серпня 2021

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару		Післяоплата	14	Календарні	100
-----------------	--	-------------	----	------------	-----

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

ФІРМА "ВОЛИНЬФАРМ" У ФОРМІ ТОВАРИСТВА З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

2 600,00 УАН з ПДВ

**Джерело фінансування закупівлі:**

<b>Джерело фінансування закупівлі</b>	<b>Опис</b>	<b>Сума</b>
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)	Джерело фінансування - кошти НСЗУ	3000 УАН