

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2022-08-09-006284-a

<b>Найменування замовника:</b>	ВІДДІЛ ОСВІТИ, СІМ'Ї, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УСТИНІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	43954244
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	28600, Україна, Кіровоградська область, селище міського типу Устинівка, вул.Ювілейна, будинок 6
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні (Аптечка колективна Опис№1 (за кодом НК 024:2019 - 44039 «Набір для першої медичної допомоги, що містить лікарських засобів»)
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:33190000-8: Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні

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
Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні (Аптечка колективна Опис№1 (за кодом НК 024:2019 - 44039 «Набір для першої медичної допомоги, що містить лікарських засобів»)	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні НК 024:2019: 44039 — Набір для першої медичної допомоги, що містить лікарських засобів	13 штуки	28600, Україна, Кіровоградська область, смт Устинівка, вулиця Ювілейна, будинок 6	до 01 вересня 2022

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні (Аптечка колективна Опис№1 (за кодом НК 024:2019 - 44039 «Набір для першої медичної допомоги, що містить лікарських засобів»)	Післяплата	10	Календарні	100
-----------------	--	------------	----	------------	-----

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

ТОВ "ФАРММЕДАЛЬЯНС"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

30 365,53 УАН з ПДВ