

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2022-09-29-009438-a

<b>Найменування замовника:</b>	Комунальне некомерційне підприємство «Київський міський клінічний онкологічний центр» Виконавчого органу Київської міської ради(Київська міська державна адміністрація).
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	13697965
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	03115, Україна, Київська область, Київ, вулиця Верховинна, будинок 69
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Медичні матеріали (медичні рукавички).
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:33140000-3: Медичні матеріали

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
Медичні матеріали (медичні рукавички),	ДК 021:2015:33140000-3 — Медичні матеріали	6 Одиниця	03115, Україна, м. Київ, Святошинський район, ВУЛ. ВЕРХОВИННА, будинок 69	до 21 листопада 2022

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Оплата Замовником за фактично поставлений Товар який зазначений в накладній, та відповідає Специфікації (Додатку № 1) здійснюється шляхом безготівкового перерахунку на рахунок Постачальника протягом 10 календарних днів з дати поставки товару, при наявності коштів на рахунку Замовника, (згідно п. 1 ст. 49 Бюджетного кодексу України) та по мірі надходження фінансування. У разі затримки бюджетного фінансування розрахунок за Товар здійснюється протягом - 5 банківських днів з дати отримання Замовником фінансування товару на свій розрахунковий рахунок.	Післяоплата	10	Календарні	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 "СОФІ-МЕД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

671 513,50 УАН з ПДВ