

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2023-08-25-008566-a

<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ № 17" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	02003787
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	61037, Україна, Харківська область, Харків, проспект Героїв Харкова, будинок 195
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Набір для епідуральної анестезії (НК 024:2023: 34842 Набір для епідуральної анестезії, який не містить лікарських засобів)
<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
Набір для епідуральної анестезії (НК 024:2023: 34842 Набір для епідуральної анестезії, який не містить лікарських засобів)	ДК 021:2015: 33141624-0 — Набори для введення лікарських засобів НК 024:2023: 34842 — Набір для епідуральної анестезії, який не містить лікарських засобів	500 штуки	61037, Україна, Харківська область, Харків, проспект Героїв Харкова, будинок 195	до 31 грудня 2023

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	4.1. Оплата за поставлений Товар здійснюється Покупцем у безготівковій формі шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника протягом 30-ти (тридцяти) календарних днів з дати поставки Товару на підставі видаткової накладної, при наявності фінансування. 4.2. Датою оплати є дата зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника.	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	---	------------	----	------------	-----

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

ТОВ "КОМПАНІЯ "ФАРМ-ЕКСПРЕС"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

72 225,00 UAH з ПДВ

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Інше	кошти НСЗУ	72500 UAH