

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2024-10-18-011376-a

<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЧОРНОМОРСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ЧОРНОМОРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ОДЕСЬКОГО РАЙОНУ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	44865999
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	68003, Україна, Одеська область, Одеський р-н, місто Чорноморськ, вул. 1 Травня, будинок 1
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Автоматичний гематологічний аналізатор (ДК 021:2015 код 38430000-8 Детектори та аналізатори; НК 024:2023 код 35476 - Аналізатор гематологічний IVD (діагностика in vitro), автоматичний; найбільш відповідний код ДК 021:2015 код 38434570-2 - Гематологічні аналізатори)
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:38430000-8: Детектори та аналізатори

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
Автоматичний гематологічний аналізатор	ДК 021:2015: 38434570-2 — Гематологічні аналізатори НК 024:2023: 35476 — Аналізатор гематологічний IVD (діагностика in vitro), автоматичний	1 штука	68003, Україна, Одеська область, м. Чорноморськ, вул. 1 Травня, будинок 1	до 31 грудня 2024

**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 (п.1.3 Договору) здійснюється шляхом безготівкового перерахунку коштів на рахунок Учасника протягом 30 календарних днів, з моменту надходження бюджетних призначень на рахунок Замовника (у разі відсутності коштів у Замовника, термін сплати може змінюватися).	Післяоплата	30	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 "ПРОВЕНТУСМЕД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

416 786,40 UAH з ПДВ

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	кошти Місцевого бюджету	425178 UAH