

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2024-11-05-006317-а

**Найменування замовника:** КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ "ЛЬВІВСЬКИЙ  
ОБЛАСНИЙ ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙН ТА  
РЕПРЕСОВАНИХ ІМ.Ю.ЛИПИ"

**Категорія замовника:** Юридична особа, яка забезпечує потреби держави  
або територіальної громади

**Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:** 01998161

**Місцезнаходження замовника:** 79495, Україна, Львівська область, Винники,  
вул.Івасюка В., будинок 31

**Вид предмета закупівлі:** Товари

**Назва предмета закупівлі:** МНН: Ibuprofen, Dexketoprofen, Omeprazole

**Код за Єдиним закупівельним словником:** 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
Ібупрофен розчин для інфузій 4мг/мл 100 мг у контейнері	ДК 021:2015: 33630000-5 — Лікарські засоби для лікування дерматологічних захворювань та захворювань опорно-рухового апарату МНН: Ibuprofen	100 штука	79495, Україна, Львівська область, Винники, вул. Івасюка, 31	до 31 грудня 2024
Декскетопрофен розчин для ін'єкцій 25 мг/ мл по 2 мл	ДК 021:2015: 33630000-5 — Лікарські засоби для лікування дерматологічних захворювань та захворювань опорно-рухового апарату МНН: Dexketoprofen	1800 штука	79495, Україна, Львівська область, Винники, вул. Івасюка, 31	до 31 грудня 2024

Омепразол 40 мг флакон	ДК 021:2015: 33610000-9 — Лікарські засоби для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту та розладів обміну речовин МНН: Omeprazole АТХ: A02BC01	3000 штука	79495, Україна, Львівська область, Винники, вул. Івасюка, 31	до 31 грудня 2024
------------------------	---	------------	---	-------------------

**Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):**

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару	Умови оплати: протягом 30 /тридцяти/ календарних днів з дати фактичного отримання Товару (дати підписання видаткової накладної).	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 "КОМПАНІЯ АРТМЕД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

220 815,70 УАН з ПДВ