

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2024-12-09-001748-a

<b>Найменування замовника:</b>	Комунальне некомерційне підприємство "Кривоозерська багатопрофільна лікарня " Кривоозерської селищної ради
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	01998259
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	55104, Україна, Миколаївська область, селище Криве Озеро, вул. Шевченко, 59
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Ібупрофен розчин для інфузій 4мг/мл 100 мг у контейнері, Левофлоксацин розчин для інфузій, 5 мг/мл, 100 мл, Омепразол 40 мг флакон
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	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	50 штука	55104, Україна, Миколаївська область, селище Криве Озеро, вул. Шевченко, 59	до 31 грудня 2024
Левофлоксацин розчин для інфузій, 5 мг/мл, 100 мл	ДК 021:2015: 33650000-1 — Загальні протиінфекційні засоби для системного застосування, вакцини, антинеопластичні засоби та імуномодулятори	400 штука	55104, Україна, Миколаївська область, селище Криве Озеро, вул. Шевченко, 59	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	200 штука	55104, Україна, Миколаївська область, селище Криве Озеро, вул. Шевченко, 59	до 31 грудня 2024
------------------------	--	-----------	---	-------------------

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

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	5	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 "АТ-ФАРМА"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

40 553,00 UAH з ПДВ