

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю
UA-2024-12-10-010524-a

| | |
|---|---|
| Найменування замовника: | КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №2 ІМЕНІ ПРОФ.О.О.ШАЛІМОВА" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ |
| Категорія замовника: | Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади |
| Ідентифікаційний код замовника в ЄДР: | 03293617 |
| Місцезнаходження замовника: | 61037, Україна, Харківська область, м. Харків, просп. Героїв Харкова, будинок 197 |
| Вид предмета закупівлі: | Товари |
| Назва предмета закупівлі: | Кальцію фолінат, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 20 мл; Кальцію фолінат, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 100 мл |
| 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 |
|---|--|---|--|---|
| Кальцію фолінат, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 20 мл | ДК 021:2015:33690000-3 — Лікарські засоби різні МНН: Calcium folinate | 250 штука | 61037, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Героїв Харкова, будинок 197 | до 25 грудня 2024 |
| Кальцію фолінат, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 100 мл | ДК 021:2015:33690000-3 — Лікарські засоби різні МНН: Calcium folinate | 10 штука | 61037, Україна, Харківська область, місто Харків, проспект Героїв Харкова, будинок 197 | до 25 грудня 2024 |

Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:

158 488,40 УАН з ПДВ