

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-01-21-014069-a

<b>Найменування замовника:</b>	Комунальне некомерційне підприємство Первомайська центральна районна лікарня
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	02002730
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	64102, Україна, Харківська область, Лозівський район, м. Первомайський, вул. Світанкова, 3
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Морфін, розчин для ін`екцій, 10 мг/мл по 1 мл
<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
Морфін, розчин для ін`екцій, 10 мг/мл по 1 мл	ДК 021:2015:33660000-4 — Лікарські засоби для лікування хвороб нервової системи та захворювань органів чуття МНН: Morphine	200 штука	64102, Україна, Харківська область, Лозівський р-н., м.Первомайський (м. Златопіль), вул. Світанкова 3	до 31 грудня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Оплата за поставлений Товар здійснюється Замовником 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.	Післяплата	30	Календарні	100
-----------------	---	------------	----	------------	-----

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

КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ "ОБЛАСНИЙ АПТЕЧНИЙ СКЛАД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

26 750,00 УАН з ПДВ