

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-02-05-016189-a

|                                        |                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Найменування замовника:                | КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО<br>"МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ ТА<br>НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІМ. ПРОФ.<br>О.І. МЕЩАНІНОВА" ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ |
| Категорія замовника:                   | Юридична особа, яка забезпечує потреби держави<br>або територіальної громади                                                                                         |
| Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:  | 02003557                                                                                                                                                             |
| Місцезнаходження замовника:            | 61103, Україна, Харківська область, місто Харків,<br>пров. Остаповича Ігоря, будинок 3 А                                                                             |
| Вид предмета закупівлі:                | Товари                                                                                                                                                               |
| Назва предмета закупівлі:              | Моксифлоксацин (Moxifloxacin)                                                                                                                                        |
| 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 |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Моксифлоксацин концентрат для розчину для інфузій 20 мг/мл 20 мл флакон | ДК 021:2015: 33650000-1 — Загальні протиінфекційні засоби для системного застосування, вакцини, антинеопластичні засоби та імуномодулятори МНН: Moxifloxacin | 300 штука                                                     | 61103, Україна, Харківська область, місто Харків, пров. Остаповича Ігоря, будинок 3 А | 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. У разі затримки грошових коштів з джерела фінансування закупівлі розрахунок за Товар здійснюється протягом 10 (десяти) календарних днів з дати отримання таких коштів на рахунок Замовника. | Післяплата | 30 | Календарні | 100 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|------------|-----|

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

ТОВ " Медичний центр "М.Т.К."

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

91 869,00 UAH з ПДВ