

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-06-20-002095-a

<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА "ОДЕСЬКА ОБЛАСНА БАЗА СПЕЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ"
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади (ЦЗО)
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	00182082
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	65045, Україна, Одеська область, м. Одеса, вул. Буніна, 30
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	ДК 021-2015: 33190000-8 - «Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні» (33194000-6 - «Прилади та інструменти для переливання та вливання крові / розчинів») (НК 024:2023: 16405 «Система афереза» (обладнання для взяття, переробки та зберігання крові та її компонентів)) (Прилад для обробки кісткового мозку та інших клітин)
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:33190000-8: Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні

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
Прилад для обробки кісткового мозку та інших клітин	ДК 021:2015: 33194000-6 — Прилади та інструменти для переливання та вливання крові / розчинів НК 024:2023: 16405 — Система афереза	1 штука	65055, Україна, Одеська область, м. Одеса, вул. Нежданової, 32	до 31 грудня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Інша подія	Розрахунки здійснюються шляхом перерахування Замовником коштів на розрахунковий рахунок Постачальника протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту отримання рахунку та накладних.	Післяплата	30	Робочі	100
------------	---	------------	----	--------	-----

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

ТОВ "ІНСТАМЕД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

3 466 999,02 UAH з ПДВ

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		3467000 UAH