

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-08-08-003184-a

<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 18" ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ (КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	01993776
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	01030, Україна, Київська область, Київ, бульвар Тараса Шевченка, будинок 17
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Лікарські засоби для лікування хвороб нервової системи та захворювань органів чуття
<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
Тропікамід краплі очні 10 мг/мл по 10 мл №1	ДК 021:2015: 33660000-4 — Лікарські засоби для лікування хвороб нервової системи та захворювань органів чуття МНН: Tropicamide	30 штука	01054, Україна, м. Київ, бульвар Тараса Шевченка,17	до 31 грудня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Розрахунки за поставлений Товар здійснюються в національній валюті України в безготівковій формі шляхом перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Постачальника протягом 20 банківських днів з моменту поставки Товару (окремої партії).	Післяплата	20	Банківські	100
-----------------	---	------------	----	------------	-----

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

КП "Фармація"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

3 505,32 UAH з ПДВ