

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-08-29-007831-a

<b>Найменування замовника:</b>	АТ "УКРГАЗВИДОБУВАННЯ"
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка здійснює діяльність в одній або декількох окремих сферах господарювання
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	30019775
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	04053, Україна, м. Київ, м. Київ, Шевченківський район ВУЛИЦЯ КУДРЯВСЬКА будинок 26/28
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Послуги
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	С_25П-445_85110000-3 - Послуги лікувальних закладів та супутні послуги (Медичний огляд (періодичний) працівників певних категорій, водіїв та періодичний психіатричний огляд, в тому числі на предмет вживання психоактивних речовин (м. Стрий Львівська обл.))
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:85110000-3: Послуги лікувальних закладів та супутні послуги

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
Медичний огляд (періодичний) працівників певних категорій, водіїв та періодичний психіатричний огляд, в тому числі на предмет вживання психоактивних речовин (м. Стрий Львівська обл.)	ДК 021:2015:85110000-3 — Послуги лікувальних закладів та супутні послуги	1 послуга	Україна, на території Виконавця, що знаходиться м. Стрий та Львівська область або на території з Замовника	до 31 грудня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Надання послуг	Платіж у розмірі 100 (ста) відсотків, здійснюється Замовником шляхом перерахування безготівкових коштів на поточний рахунок Виконавця, вказаний у Договорі, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати підписання Сторонами акту приймання-передачі наданих Послуг	Післяплата	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 "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ДОБРОМЕД"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

43 565,52 UAH з ПДВ

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		54312 UAH