

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-08-29-009109-a

<b>Найменування замовника:</b>	Відокремлений підрозділ «Науково-практичний медичний центр професійного здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика»
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	45524591
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	50096, Україна, Дніпропетровська область, Кривий Ріг, вулиця Виноградова, будинок 40
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	ДК 021:2015: 33190000-8: Медичне обладнання та виробу медичного призначення різні (Пристрій для вливання інфузійних розчинів, стерильний код НК 024:2023: 36244: Набір для внутрішньовенних вливань через інфузійний контролер)
<b>Код за Єдиним закупівельним словником:</b>	ДК 021:2015:33190000-8: Медичне обладнання та виробу 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
Системи для переливання крові та інфузійних розчинів	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та виробу медичного призначення різні	8000 штука	50096, Україна, Дніпропетровська область, Кривий Ріг, вулиця Виноградова, будинок 40	до 31 грудня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	6.1. Покупець зобов'язаний оплатити товар Постачальнику протягом 30 календарних днів з моменту отримання товару. 6.2. Покупець здійснює оплату вартості поставленого товару шляхом безготівкового перерахування грошових коштів на рахунок Постачальника.	Післяоплата	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 "М-ФАРМ ДИСТРИБЮШН"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

44 084,00 УАН з ПДВ