

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-09-04-001075-a

<b>Найменування замовника:</b>	ФІЛІЯ "ПІВДЕННИЙ ЛІСОВИЙ ОФІС" ДЕРЖАВНОГО СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ГОСПОДАРСЬКОГО ПІДПРИЄМСТВА "ЛІСИ УКРАЇНИ"
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	45620164
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	54031, Україна, Миколаївська область, Миколаїв, вул. Заповідна, будинок 2В
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Аптечки медичні
<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
Аптечка медична автомобільна АМА-1	ДК 021:2015:33196000-0 — Аптечки першої медичної допомоги	170 штука	54031, Україна, Миколаївська область, Миколаїв, вул. Заповідна, будинок 2В	до 31 жовтня 2025
Аптечка першої медичної допомоги	ДК 021:2015:33196000-0 — Аптечки першої медичної допомоги	80 штука	54031, Україна, Миколаївська область, Миколаїв, вул. Заповідна, будинок 2В	до 31 жовтня 2025

## Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

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

Поставка товару	Розрахунки за поставлений Товар (партію Товару) здійснюються Покупцем на підставі рахунку, наданого Постачальником, протягом 15 робочих днів від дня підписання Сторонами видаткової накладної / акту приймання-передачі товару.	Післяплата	15	Робочі	100
-----------------	--	------------	----	--------	-----

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

ТОВ "ФАРММЕДАЛЬЯНС"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

130 060,00 UAH

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		208260 UAH