

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір про закупівлю  
UA-2025-10-21-004487-a

<b>Найменування замовника:</b>	Комунальне некомерційне підприємство "Криворізька міська лікарня №5" Криворізької міської ради
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	01987037
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	50049, Україна, Дніпропетровська область, КРИВИЙ РІГ, вул. Поперечна, 1 а
<b>Вид предмета закупівлі:</b>	Товари
<b>Назва предмета закупівлі:</b>	Лікарські засоби за кодом ДК 021:2015: 33600000-6 Фармацевтична продукція (МНН: Антирабічний імуноглобулін/антитоксин (кінський) (Rabies serum))
<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
Антирабічний імуноглобулін розчин для ін'єкцій 200 МО/мл флакон по 5мл	ДК 021:2015: 33650000-1 — Загальні протиінфекційні засоби для системного застосування, вакцини, антинеопластичні засоби та імуномодулятори МНН: Rabies serum	39 штука	Україна, Дніпропетровська область, м. Кривий Ріг, вул. Поперечна, 1А	до 10 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 на підставі чинного законодавства, згідно з рахунком(ами) та видатковою(ими) накладною(ими) на умовах відстрочки платежу до 15 (п'ятнадцяти) календарних днів.	Післяплата	15	Календарні	100
-----------------	---	------------	----	------------	-----

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

ТОВ "УКРФАРМГРУП"

**Ціна тендерної пропозиції/пропозиції:**

68 019,90 УАН з ПДВ