ОБГРУНТУВАННЯ ЗАКУПІВЛІ: Лікарський засіб (Севофлуран)

1. Умови оплати: Післяоплата. Розрахунки проводяться у безготівковій формі шляхом перерахунку коштів на рахунок Постачальника протягом 30 календарних днів з дня отримання товару.

2.Строк поставки товарів, виконання робіт, надання послуг**: до 23.08.2022 року**.

3.Поставка Товару здійснюється власними силами та за рахунок Постачальника за адресою Покупця.

4.Ціна товару включає в себе вартість товару, його упаковки, маркування, доставки, передачі, розвантаження, інших витрат постачальника, сплату мита, усі податки та збори, що сплачуються або мають бути сплачені щодо поставки товару, у тому числі ПДВ ( враховуючи ставку оподаткування).

5.Очікувана вартість предмета закупівлі: **115 000,00 грн**. (Сто п’ятнадцять тисяч грн. 00 коп. з ПДВ)

**І.ЗАГАЛЬНІ, КІЛЬКІСНІ та ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ**

**1.** Лікарський засіб повинен бути зареєстрованим та дозволеним  до  застосування в Україні.

*Для підтвердження учасник у складі тендерної пропозиції надає скан-копію* ***реєстраційного******посвідчення*** *на лікарський засіб (препарату****)******або сертифікату якості або*** *інші документи передбачені законодавством в повному обсязі.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | МНН або назва діючої речовини | Код АТС | Предмет закупівлі відповідно до оголошення | | | Найменування відповідно до пропозиції учасника | | |
| Форма випуску, дозування | Од виміру | кількість | Торгова назва запропонованого товару учасником/форма випуску, дозування/ Виробник/країна походження товару | Одиниці виміру | Кількість |
| 1 | **Sevoflurane** | N01AB08 | Рідина для інгаляцій 100%, по 250 мл у флаконі з ковпачком системи Quik fil або флакон з адаптером для системи Quik fil **\*** | ампула/флакон/  шприц/пляшка/ пачка/контейнер/пакування/упаковка | 50 |  |  |  |

\* У разі, якщо пропонується флакон з адаптером для системи Quik fil, запропонований Учасником адаптер повинен бути внесений до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення та/або введений в обіг відповідно до законодавства у сфері технічного регулювання та оцінки відповідності, у передбаченому законодавством порядку.

На підтвердження Учасник повинен надати:

1) копію декларації про відповідність або копію документів, що підтверджують можливість введення в обіг та/або експлуатацію (застосування) медичного виробу (адаптеру) за результатами проходження процедури оцінки відповідності згідно вимог технічного регламенту.

2) копію інструкції із застосування медичного виробу (адаптер).