

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад охорони здоров'я "Іванівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38096553**
3. Місцезнаходження замовника: **67200, Україна, Одеська обл., смт.Іванівка, Леніна, 121**

4. Конкретна назва предмета закупівлі	5. Коди відповідних класифікаторів предмета закупівлі (за наявності)	6. Кількість товарів або обсяг виконання робіт чи надання послуг	7. Місце поставки товарів або місце виконання робіт чи надання послуг	8. Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг
згідно специфікації	ДК 021:2015: 33612000-3 — Лікарські засоби для лікування функціональних розладів шлунково-кишкового тракту ДК 016:2010: 21.20.1 — Ліки	26 упаковка	67200, Україна, Одеська, смт Іванівка, Леніна, 121	Відсутній

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "Професійний Футбольний Клуб "РЕАЛ ФАРМА"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **1 238,28 УАН з ПДВ**