

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я "ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ - ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02003563**
3. Місцезнаходження замовника: **61058, Україна, ХАРЬКОВСКАЯ ОБЛ. обл., Харьков, Україна, м. Харків, пр. Правди, 13**

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
Хлороформ фарм (1л - 1,5кг)	ДК 021:2015: 24321000-0 — Вуглеводні ДК 016:2010: 20.14.1 —	75 кг	61058, УКРАИНА, ХАРЬКОВСКАЯ ОБЛ., Харьков, пр. Правды, 13	від 14 квітня 2016 до 30 квітня 2016
Орто-ксилол	ДК 021:2015: 24321000-0 — Вуглеводні ДК 016:2010: 20.14.1 —	45 л	61058, УКРАИНА, ХАРЬКОВСКАЯ ОБЛ., Харьков, пр. Правды, 13	від 14 квітня 2016 до 30 квітня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП "ФОП Єремєєв Максим Валерійович"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **13 900,00 УАН з ПДВ**