

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ ""НОВОМОСКОВСЬКА РАЙОННА  
СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **20234929**
3. Місцезнаходження замовника: **51208, Україна, Днепропетровская область обл.,  
Новомосковск, улица Советская 238**

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
Деззасоби	ДК 021:2015: 24455000-8 — Дезинфекційні засоби ДК 016:2010: 20.20.14 — Засоби дезінфекційні	28 штуки	51208, Україна, Днепропетровская область, м.Новомосковськ, вул.Радянська, 238	від 25 квітня 2016 до 29 квітня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **товариство з обмеженою відповідальністю  
"ГОСПІТАЛЬНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **5 058,94 УАН з ПДВ**