

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Нікопольська міська лікарня № 1" Дніпропетровської обласної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **26238302**
3. Місцезнаходження замовника: **53211, Україна, Дніпропетровська область обл., Нікополь, вулиця Краснодонська, будинок 2а**

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 форм (1л-1,5кг) чда	ДК 021:2015: 33696000-5 — Реактиви та контрастні речовини ДК 016:2010: 20.14.1 — Вуглеводні та їхні похідні	30 кг	53210, Україна, Дніпропетровська область, м.Нікополь, вул.Краснодонська, 2а	до 17 червня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП Щеглова Лілія Валеріївна**

10. Інформація про ціну пропозиції: **3 000,00 UAH з ПДВ**