

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 фарм (1л-1,5кг) чда	ДК 021:2015: 33696000-5 — Реактиви та контрастні речовини ДК 016:2010: 20.14.1 — Вуглеводні та їхні похідні	100 кг	53210, Україна, Дніпропетровська область, Нікополь, вул.50 років НЗФ,22	до 29 серпня 2016

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **5 000,00 UAH з ПДВ**