

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Обласний комунальний заклад "Сумське обласне бюро судово-медичної експертизи"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05481062**
3. Місцезнаходження замовника: **40020, Україна, Сумська область обл., Суми, вул. Курська, 111**

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
Лізофармін	ДК 021:2015: 24455000-8 — Дезинфекційні засоби ДК 016:2010: 20.20.14 — Засоби дезінфекційні	35 л	40020, Україна, Сумська область, місто Суми, вулиця Курська, 111	від 02 грудня 2016 до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Торгмед**
10. Інформація про ціну пропозиції: **11 309,90 УАН з ПДВ**