

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ "Центр первинної медико-санітарної допомоги Любешівського району"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38373547**
3. Місцезнаходження замовника: **44200, Україна, Волинська область обл., смт Любешів, вул. Незалежності, буд. 3**

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
морфіну гідрохлорид 1%-1 мл. розчин для ін'єкцій - 1280 амп., таблетки морфіну №10 - 900 таб.	ДК 021:2015: 33661200-3 — Анальгетичні засоби	2080 штуки	44200, Україна, Волинська область, Любешів, Незалежності, 3	від 30 січня 2017 до 01 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ДВТП "Волиньфармпостач"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **29 995,00 UAH з ПДВ**