

# 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
Етиловий спирт 96%	ДК 021:2015: 24322510-5 — Етиловий спирт	3200 флакон	40020, Україна, Сумська область, місто Суми, вулиця Курська, 111	від 09 березня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ ФАРМА МЕД СУМИ**
10. Інформація про ціну пропозиції: **46 400,00 UAH з ПДВ**