

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальна установа "Центр первинної медико-санітарної допомоги №2" Криворізької міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37862093**
3. Місцезнаходження замовника: **50053, Україна, Дніпропетровська область обл., КРИВИЙ РІГ, вул Мусоргського буд.32а**

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
Калоприймач "Стомадресс Плюс" відкритий, стандартний, непрозорий 19-64 мм (або еквівалент)	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	3440 шт.	50053, Україна, Дніпропетровська область, КРИВИЙ РІГ, вул. Мусоргського, 32А	до 31 грудня 2017

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **117 304,00 УАН з ПДВ**