

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ОБЛАСНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05494573**
3. Місцезнаходження замовника: **49069, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, ВУЛИЦЯ МИХАЙЛА ГРУШЕВСЬКОГО, будинок 65**

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
Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	5015 штуки	49069, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. Михайла Грушевського, 65	від 04 липня 2017 до 31 грудня 2017

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

10. Інформація про ціну пропозиції: **20 285,00 УАН з ПДВ**