

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД КРИВОРІЗЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 9" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01986322**
3. Місцезнаходження замовника: **50031, Україна, Дніпропетровська область обл., місто Кривий Ріг, вул. ЖЕНЕВСЬКА, будинок 6 Б**

ЛОТ 2 – Гематологічні аналізатори

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
Гематологічний автоматичний аналізатор	ДК 021:2015: 38430000-8 — Детектори та аналізатори	1 штуки	50031, Україна, Дніпропетровська область, Кривий Ріг, Женеvська, 6 Б	до 20 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП Тарасенко Алла Іванівна**
10. Інформація про ціну пропозиції: **229 750,00 UAH з ПДВ**