

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
"ДНІПРОПЕТРОВСЬКЕ ОБЛАСНЕ БЮРО  
СУДОВО-МЕДИЧНОЇ  
ЕКСПЕРТИЗИ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01985239**
3. Місцезнаходження замовника: **49005, Україна, Дніпропетровська область обл.,  
м. Дніпро, пл. Соборна, 14**

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
Тести та індикатори	ДК 021:2015: 33120000-7 — Системи реєстрації медичної інформації та дослідне обладнання	15 штуки	49005, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пл. Соборна, 14	до 30 вересня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП Чернишова Галина Іванівна**
10. Інформація про ціну пропозиції: **53 050,00 УАН з ПДВ**