

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ "Міська лікарня №5" Департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01998957**
3. Місцезнаходження замовника: **65011, Україна, Одеська область обл., місто Одеса, вул. Троїцька, буд.38**

ЛОТ 3 — АХД 2000 гель, 1000 мл

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
АХД 2000 гель, 1000 мл	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	55 шт	65011, Україна, Одеська область, м.Одеса, вул.Троїцька,38	від 06 листопада 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Лізоформ Медікал"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **8 250,00 UAH з ПДВ**