

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ "Комунальний заклад "Дніпропетровський протитуберкульозний диспансер" Дніпропетровської обласної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984754**
3. Місцезнаходження замовника: **49000, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпропетровськ, вул. Богданова, 2а**

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
Дез ТАБ нью або еквівалент - 193кг; Терралін протект U або еквівалент - 32л	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	225 кілограм	49006, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. Богданова, 2а	до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ІМЕД"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **35 207,70 УАН з ПДВ**