

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА
ЛІКАРНЯ №9" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984613**
3. Місцезнаходження замовника: **49023, Україна, Дніпропетровська область обл.,
м. Дніпро, ПРОСПЕКТ МАНУЙЛІВСЬКИЙ,
будинки 29**

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
Тест - системи до імунофлуориментного аналізатора, 8 найменувань	ДК 021:2015: 33694000-1 — Діагностичні засоби	8 одиниця	49023, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, пр. Мануйлівський, 29	від 11 грудня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПП "ТЕНДЕРЛАБ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **6 900,00 UAH з ПДВ**