

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ДИТЯЧА МІСЬКА
КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 2"
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01984501**
3. Місцезнаходження замовника: **49101, Україна, Дніпропетровська область обл.,
м. Дніпро, ВУЛИЦЯ ВОЛОДИМИРА
АНТОНОВИЧА, будинок 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
Дезінфекційні засоби.	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	3 одиниця	49101, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. Володимира Антоновича, 29	до 29 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: **12 677,64 УАН з ПДВ**