

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗ "Черкаська міська стоматологічна поліклініка ЧМР"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02005007**
3. Місцезнаходження замовника: **18005, Україна, Черкаська область обл., Черкаси, бул. Шевченка, 325**

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
Дезинфекційні засоби	ДК 021:2015: 24455000-8 — Дезинфекційні засоби	237 шт	18005, Україна, Черкаська область, м.Черкаси, бул. Шевченка,325	від 20 березня 2018 до 31 грудня 2018

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: **36 423,00 UAH з ПДВ**