

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Обласний комунальний заклад "Сумське обласне бюро судово-медичної експертизи"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05481062**
3. Місцезнаходження замовника: **40020, Україна, Сумська область обл., Суми, вул. Курська, 111**

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
Спирт етиловий 96%	ДК 021:2015: 24322510-5 — Етиловий спирт	6850 флакон	40020, Україна, Сумська область, м. Суми, вул. Курська, 111	до 31 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМА МЕД СУМИ»**
10. Інформація про ціну пропозиції: **140 425,00 UAH з ПДВ**