

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 5" КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37861807**
3. Місцезнаходження замовника: **50051, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Кривий Ріг, вул. Криворіжсталі, 2**

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
Гематологічні автоматичні аналізатори, аналізатори сечі, аналізатори для вимірювання рівню гемоглобіну	ДК 021:2015: 38430000-8 — Детектори та аналізатори	6 штука	50051, Україна, Дніпропетровська область, Кривий Ріг, За адресами Замовника	до 15 травня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП Вініченко Галина Григорівна**
10. Інформація про ціну пропозиції: **684 200,00 УАН з ПДВ**