

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ "Центр первинної медико-санітарної допомоги Любешівського району"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38373547**
3. Місцезнаходження замовника: **44200, Україна, Волинська область обл., смт Любешів, вул. Незалежності, буд. 3**

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
морфіну гідрохлорид 1%-1 мл. розчин для ін'єкцій	ДК 021:2015: 33661200-3 — Анальгетичні засоби	215 ампула	44200, Україна, Волинська область, Любешів, Незалежності, 3	від 29 червня 2018 до 30 липня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ДВТП "Волиньфармпостач"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **11 013,59 UAH з ПДВ**