

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство Перемишлянська центральна районна лікарня**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01996504**
3. Місцезнаходження замовника: **81200, Україна, Львівська область обл., місто Перемишляни, вулиця Галицька 12**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

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
Диззасоби	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	9 найменувань	81200, Україна, Львівська область, м.Перемишляни, вул.Галицька,12	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Лізоформ Медікал"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **64 191,60 УАН з ПДВ**