

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад Київської обласної ради „Київська обласна лікарня №2”**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993718**
3. Місцезнаходження замовника: **04053, Україна, Київська обл. обл., Київ, м.Київ, провулок Нестерівський, 13/19**
- 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
Trimeperidine	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Trimeperidine	650 ампул	04078, Україна, Київська обл., Київ, вул.Північно-Сирецька, 49	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ДІАЛІЗ МЕДИК"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **118 930,50 UAH з ПДВ**