ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника:	**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника:	**26508184**
3. Місцезнаходження замовника:	**49005, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, пл. Соборна, 14**
3[1]. 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
Основні органічні хімічні речовини	ДК 021:2015: 24320000-3 — Основні органічні хімічні речовини	1422 флакон	50071, Україна, Дніпропетровська область, м. Кривий Ріг, вулиця Володимира Великого,21	від 14 березня 2019 до 21 березня 2019

9. Найменування учасника − переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи):	**ТОВ ФАРМА МЕД СУМИ**
10. Інформація про ціну пропозиції:	**31 656,00 UAH з ПДВ**