

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ Міська клінічна лікарня №10**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01999052**
3. Місцезнаходження замовника: **65074, Україна, Одеська область обл., Одеса, вул.Маршала Малиновського,61а**
- 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
дезінфекційні засоби	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	16 найменувань	65000, Україна, Одеська область, м.Одеса, Лікувально-профілактичні установи Малиновського району м. Одеси, підпорядковані централізованій бухгалтерії при КУ «Міська клінічна лікарня № 10» за власними адресами	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: **329 040,00 UAH з ПДВ**