

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"ДНІПРОПЕТРОВСЬКЕ ОБЛАСНЕ БЮРО
СУДОВО-МЕДИЧНОЇ
ЕКСПЕРТИЗИ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01985239**
3. Місцезнаходження замовника: **49005, Україна, Дніпропетровська область обл.,
м. Дніпро, пл. Соборна, 14**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 3 – АХД 2000 експрес або еквівалент, Тіланол або еквівалент

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
АХД 2000 експрес або еквівалент, Тіланол або еквівалент	ДК 021:2015: 24450000-3 – Агрохімічна продукція	340 штука	49005, Україна, Дніпропетровська область, м.Дніпро, пл.Соборна, 14	до 25 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: **39 057,60 UAH з ПДВ**