

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮБЕШІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38373547**
3. Місцезнаходження замовника: **44200, Україна, Волинська область обл., смт Любешів, вул. Незалежності, буд. 3**
- 3<sup>1</sup>. 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| морфіну гідрохлорид 1%-1 мл. розчин для ін'єкцій – 1500 амп., таблетки морфіну 10 мг. – 500 таб. | ДК 021:2015: 33661200-3 — Анальгетичні засоби                        | 1500 одиниця                                                     | 44200, Україна, Волинська область, Любешів, Незалежності, 3           | від 19 квітня 2019 до 02 грудня 2019                         |

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ДВТП "Волиньфармпостач"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **60 493,00 UAH з ПДВ**