

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "ОБЛАСНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05494573**
3. Місцезнаходження замовника: **49069, Україна, Дніпропетровська область обл., м. Дніпро, ВУЛИЦЯ МИХАЙЛА ГРУШЕВСЬКОГО, будинок 65**
- 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
Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	ДК 021:2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні	957 штука	46069, Україна, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. Михайла Грушевського, буд. 65	до 31 серпня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ФІЛІЯ ТОВАРИСТВА З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МЕДМАРКЕТ РІТЕЙЛ ГРУП" МАГАЗИН "МЕДТЕХНІКА"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **24 130,00 UAH з ПДВ**