

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я "ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ М.СЛОВ'ЯНСЬК"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01991168**
3. Місцезнаходження замовника: **84122, Україна, Донецька область обл., м. Слов'янськ, вул. Ярослава Мудрого, буд. 12**
- 3<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Товари**

## ЛОТ 1 – ліки (Ceftriaxone)

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
РОТАЦЕФ	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ceftriaxone	300 упаковка	84122, Україна, Донецька область, Слов'янськ, вул. Ярослава Мудрого, 12	до 31 грудня 2019
ДІАЦЕФ 1000	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ceftriaxone	1000 флакон	84122, Україна, Донецька область, Слов'янськ, вул. Ярослава Мудрого, 12	до 31 грудня 2019
ЦЕФТРИАКСОН	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Ceftriaxone	4000 флакон	84122, Україна, Донецька область, Слов'янськ, вул. Ярослава Мудрого, 12	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи):

**ПРИВАТНЕ НАУКОВО-ВИРОБНИЧЕ ПІДПРИЄМСТВО "ГАЛІС"**

10. Інформація про ціну пропозиції:

**204 733,80 УАН з ПДВ**