

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 для гемодіалізу	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	2 найменувань	65074, Україна, Одеська область, м.Одеса, вул.Маршала Малиновського,61а	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО "НЕФРОСЕРВІС"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **193 304,06 УАН з ПДВ**