

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ
"ФТИЗІАТРІЯ" У МІСТІ КИЄВІ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993865**
3. Місцезнаходження замовника: **03022, Україна, місто Київ обл., м.Київ,
Голосіївський район, ВУЛИЦЯ
ВАСИЛЬКІВСЬКА, будинок 35**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

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
Повірка медичного обладнання	ДК 021:2015: 71630000-3 — Послуги з технічного огляду та випробовувань	52 послуга	03022, Україна, місто Київ, м.Київ, Голосіївський район, ВУЛИЦЯ ВАСИЛЬКІВСЬКА, будинок 35	Відсутній

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ДП КИЇВОБЛСТАНДАРТМЕТРОЛОГІЯ**
10. Інформація про ціну пропозиції: **30 996,80 UAH з ПДВ**