**Додаток 6**

Уповноваженій особі

КНП “Сколівська ЦЛ”

**Лист - підтвердження**

**згоди з істотними умовами договору про закупівлю**

Ми, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ цим листом повідомляємо про нашу згоду з

(повне найменування учасника)

істотними умовами договору про закупівлю на закупівлю код ДК 021:2015: 33190000-8 - Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні (Стерилізатор паровий (код ДК 021:2015: 33191100-6 - Стерилізатори; код НК **024:2023:** 38671 - Стерилізатор паровий)).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис) (прізвище те ініціали)

М.П\*.

*\* Вимога щодо відбитку печатки не стосується учасників, які здійснюють діяльність без печатки, згідно з чинним законодавством.*