

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Вінницький обласний протитуберкульозний диспансер №2**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **34004448**
3. Місцезнаходження замовника: **21010, Україна, Вінницька область обл., місто Вінниця, вул. Мічуріна, 34**

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
респіратор FFP3	ДК 021:2015: 33157100-6 — Маски газові медичні ДК 016:2010: 32.99.59-10.00 — Апаратура дихальна та газові маски (крім апаратів респіраторних терапевтичних і захисних масок без механічних частин і змінних фільтрів)	10000 шт	21010, Україна, Вінницька область, Вінниця, вул.Мічуріна	до 25 грудня 2015

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Респфарм"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **52 800,00 УАН з ПДВ**