

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальна медична установа "Міська дитяча поліклініка"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **23248085**
3. Місцезнаходження замовника: **58005, Україна, Чернівецька обл., Чернівці, проспект Незалежності, 109**

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
Шприци одноразового використання 2,0 мл	ДК 021:2015: 33141310-6 — Шприци ДК 016:2010: 32.50.1 — Інструменти і прилади медичні, хірургічні та стоматологічні	10000 штуки	58005, Україна, Чернівецька, Чернівці, проспект Незалежності, 109	від 31 березня 2016 до 30 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ИГАР"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **6 599,00 UAH з ПДВ**