ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника:	**Комунальна установа"Одеський обласний клінічний медичний центр"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника:	**21008313**
3. Місцезнаходження замовника:	**65049, Україна, Одеська область обл., Одеса, вул.Суднобудівна,1**

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
Марля медична відбілена в рул. тип 20	ДК 021:2015: 33141114-2 — Медична марля ДК 016:2010: 21.20 — Препарати фармацевтичні	1000 м	65049, Україна, Одеська область, м. Одеса, вул. Суднобудівна 1	до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи):	**ТОВ " Фарма-Світ"**
10. Інформація про ціну пропозиції:	**3 710,00 UAH з ПДВ**