

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Міська дитяча поліклініка №4**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05483115**
3. Місцезнаходження замовника: **54055, Україна, Миколаївська область обл., місто Миколаїв, вул.Садова, 30**

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
Туберкулін БІОЛІК ППД-Л 0,6 мл - 6 доз (розчин для ін'єкцій - комплект: з 3 голками та 3 шприцями)	ДК 021:2015: 33694000-1 — Діагностичні засоби ДК 016:2010: 21.20.2 — Препарати фармацевтичні, інші	372 уп	54055, Україна, Миколаївська область, м. Миколаїв, вул. Садова, 30	до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ІМУНО-ФАРМ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **36 819,00 УАН з ПДВ**