

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗ "Районна лікарня Калуської районної ради"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **33271905**
3. Місцезнаходження замовника: **77300, Україна, Івано-Франківська область обл., Калущ, Каракая,25**

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
Відріз марлевий медичний нестерильний 500*90 см; Вата медична гігроскопічна гігієнічна нестерильна 100 г;	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали ДК 016:2010: 21.20.2 — Препарати фармацевтичні, інші	200 пач	77300, Україна, Івано-Франківська область, м.Калущ, вул.Каракая,25	до 31 липня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "СМС-УК"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **2 530,00 УАН з ПДВ**