

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Дитяча клінічна лікарня №4 Соломянського району м. Києва**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01994037**
3. Місцезнаходження замовника: **03680, Україна, Київська область обл., Киев, проспект Комарова,3**

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
Маски одноразові медичні	ДК 021:2015: 33141000-0 — Медичні матеріали нехімічні та гематологічні одноразового застосування ДК 016:2010: 32.5 — Інструменти і приладдя медичні та стоматологічні	8500 штуки	03680, Україна, Київ, Київ, проспект Комарова,3	від 26 жовтня 2016 до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ТРИФАРМ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **4 785,50 УАН з ПДВ**