

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02013337**
3. Місцезнаходження замовника: **29000, Україна, Хмельницька область обл., місто  
Хмельницький, вулиця Шевченка, будинок 46**

## ЛОТ 3 — Метотрексат, 2 мл.

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
Метотрексат, 2 мл.	ДК 021:2015: 33690000-3 — Лікарські засоби різні ДК 016:2010: 21.20.1 — Ліки	20 шт	29000, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. І. Франка, 15/1 (Хмельницька обласна база спецмедпостачання)	від 21 листопада 2016 до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ФАРМПЛАНЕТА"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **8 769,70 УАН з ПДВ**