

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Центр первинної медико-санітарної допомоги Подільського району**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **40208517**
3. Місцезнаходження замовника: **66300, Україна, Одеська область обл., місто Подільськ, вулиця Каштанова 76**

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
БІОЛІК Туберкулін ППД-Л, розчин для інекцій .Комплект : 1 амп 0,6 мл(6доз) по 2 ТО/доза , 3 шприца + 3 голки )	ДК 021:2015: 33651600-4 — Вакцини ДК 016:2010: 21.20.2 — Препарати фармацевтичні, інші	160 уп	66300, Україна, Одеська область, місто Подільськ, вулиця Каштанова ,76	від 01 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 "ІМУНО-ФАРМ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **18 832,00 УАН з ПДВ**