

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальна установа "Одеський обласний клінічний медичний центр"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **21008313**
3. Місцезнаходження замовника: **65049, Україна, Одеська область обл., Одеса, вул.Суднобудівна,1**

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
Шприц 5,0 Шприц 10,0 Шприц 20,0	ДК 021:2015: 33141310-6 — Шприци ДК 016:2010: 32.50.1 — Інструменти і прилади медичні, хірургічні та стоматологічні	8778 шт	65049, Україна, Одеська область, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1.	від 28 листопада 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 "ВИРОБНИЧО-ТОРГІВЕЛЬНА КОМПАНІЯ "ГЕМОПЛАСТ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **5 939,00 UAH з ПДВ**