

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Камінь-Каширська центральна районна лікарня**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01983051**
3. Місцезнаходження замовника: **44500, Україна, Волинська область обл., місто Камінь-Каширський, ВУЛИЦЯ ШЕВЧЕНКА, будинок 43**

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
Паперові стерилізаційні пакети	ДК 021:2015: 33198000-4 — Лікарняні паперові вироби	117 штуки	44500, Україна, Волинська область, м. Камінь-Каширський, вул. Шевченка, 43	до 31 грудня 2016

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "Волиньфарм"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **5 529,60 UAH з ПДВ**