

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад "Вінницька обласна клінічна дитяча інфекційна лікарня"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **34004453**
3. Місцезнаходження замовника: **21032, Україна, Вінницька обл. обл., Вінниця, м. Вінниця вул. Київська 68**

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
Шпатель терапевтичний	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	25 упаковок	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська, 68	до 10 лютого 2017
Скарифікатор	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	42 упаковок	21032, Україна, Вінницька обл., Вінниця, Київська, 68	до 10 лютого 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ СІМЕСТА ВААЛ**
10. Інформація про ціну пропозиції: **5 850,00 UAH з ПДВ**