

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02011031**
3. Місцезнаходження замовника: **21018, Україна, Вінницька область обл., Вінниця, вул. Пирогова, 46**

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
Восьмий фактор згортання крові	ДК 021:2015: 33621000-9 — Лікарські засоби для лікування захворювань крові й органів кровотворення	32 уп	21018, Україна, Вінницька область, Вінниця, вул.Пирогова, 46	від 24 лютого 2017 до 10 березня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД "БІОФАРМА"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **78 880,00 UAH з ПДВ**