

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Вінницький міський клінічний пологовий будинок №1**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05484445**
3. Місцезнаходження замовника: **21029, Україна, Вінницька область обл., м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе,98**

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
Антисептичні засоби для рук	ДК 021:2015: 33740000-9 — Засоби для догляду за руками та нігтями	7 одиниць	21029, Україна, Вінницька область, м. Вінниця, Хмельницьке шосе,98	до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Лізоформ Медікал"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **46 359,90 УАН з ПДВ**