

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **03091836**
3. Місцезнаходження замовника: **21029, Україна, Вінницька область обл., місто Вінниця, вул. Мечнікова 34**

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
Дезинфекційні засоби	ДК 021:2015: 24455000-8 — Дезинфекційні засоби	28 уп	21029, Україна, Вінницька область, М.Вінниця, Вул Мечнікова, 34	від 01 квітня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ІМЕД"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **3 581,88 UAH з ПДВ**