

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ "Сумська міська клінічна стоматологічна поліклініка"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **03395111**
3. Місцезнаходження замовника: **40007, Україна, Сумська область обл., Суми, вулиця Паркова, 2/1**

ЛОТ 3 – Шприци

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
Шприци	ДК 021:2015: 33141310-6 — Шприци	21500 шт	40007, Україна, Сумська область, місто Суми, вулиця Паркова,2/1	від 03 травня 2017 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 "Медичний Центр "М.Т.К."**
10. Інформація про ціну пропозиції: **14 620,00 UAH з ПДВ**