

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Вінницьке обласне патологоанатомічне бюро**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **25508067**
3. Місцезнаходження замовника: **21018, Україна, Вінницька область обл.,
ВІННИЦЯ, вул.Пирогова,46/2**

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
Безбарвна прозора рідина, масова частка формальдегіду не менше 33,5%, до 5л. в ємкості, термін придатності не менше року	ДК 021:2015: 24326000-5 — Альдегіди, кетони, органічні пероксиди та ефіри	200 кг.	21018, Україна, Вінницька область, ВІННИЦЯ, м.Вінниця, вул. Пирогова,46 корпус 2	від 18 травня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВІННИЦЯ
ХІМФАРМ - КОМПЛЕКС"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **4 600,00 UAH з ПДВ**