

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Новоодеська центральна районна лікарня**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01998294**
3. Місцезнаходження замовника: **56600, Україна, Миколаївська область обл., Нова Одеса, вулиця Шкільна,38**

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
Діагностичні засоби	ДК 021:2015: 33694000-1 — Діагностичні засоби	81 шт	56600, Україна, Миколаївська область, м. Нова Одеса, вул. Шкільна, 38	від 01 червня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ФАРМ-ЛАЙН, ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ ВИРОБНИЧО-КОМЕРЦІЙНА ФІРМ**
10. Інформація про ціну пропозиції: **15 835,65 UAH з ПДВ**