

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад Миколаївської міської ради "Центр первинної медико-санітарної допомоги №3"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **30083840**
3. Місцезнаходження замовника: **54020, Україна, Миколаївська область обл., Миколаїв, вул. Корабелів 14-Б**

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
калоприймачі	ДК 021:2015: 33695000-8 — Продукція медичного призначення, крім лікарських засобів	300 шт	54020, Україна, Миколаївська область, Миколаїв, вул. Шосейна 128	до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Волес**
10. Інформація про ціну пропозиції: **8 700,00 УАН з ПДВ**