

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ТОВ Комунальна установа "Одеський обласний госпіталь інвалідів Великої Вітчизняної війни"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **20992297**
3. Місцезнаходження замовника: **65038, Україна, Одеська область обл., м Одеса, 65038, м. Одеса, вул. Фонтанська дорога, 114**

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, системи для вливання кровозамінників та інфузійних розчинів.	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	30400 шт	65038, Україна, Одеська область, Одеса, вул. Фонтанська дорога, 114	від 10 липня 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 "ВИРОБНИЧО-ТОРГІВЕЛЬНА КОМПАНІЯ "ТЕМОПЛАСТ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **53 598,44 УАН з ПДВ**