

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КУ Міська клінічна лікарня №10**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01999052**
3. Місцезнаходження замовника: **65074, Україна, Одеська область обл., Одеса, вул.Маршала Малиновського,61а**

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 та системи - 9 найменувань	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	9 шт	65000, Україна, Одеська область, місто Одеса, Лікувально-профілактичні установи Малиновського району м. Одеси, підпорядковані централізованій бухгалтерії при КУ «Міська клінічна лікарня № 10» за власними адресами	від 17 липня 2017 до 31 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Окрус**

10. Інформація про ціну пропозиції: **207 958,40 УАН з ПДВ**