

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КМУ "Міська стоматологічна поліклініка"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **05481375**
3. Місцезнаходження замовника: **58002, Україна, Чернівецька область обл., Чернівці, вул.Університетська ,34**

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
Вата,марля,шприци	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	7650 штуки	58002, Україна, Чернівецька область, Чернівці, 58002	до 20 листопада 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ВІДЖИ МЕДІКАЛ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **10 101,00 UAH з ПДВ**