

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Волинське обласне патологоанатомічне бюро**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **20123450**
3. Місцезнаходження замовника: **43005, Україна, Волинська область обл., м. Луцьк, просп. Президента Грушевського, 21**

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
Рукавички хірургічні	ДК 021:2015: 33141420-0 — Хірургічні рукавички	5000 пара	43000, Україна, Волинська область, м.Луцьк, пр.Грушевського 21	від 11 грудня 2017 до 15 грудня 2017

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний Центр "М.Т.К."**
10. Інформація про ціну пропозиції: **22 470,00 UAH з ПДВ**