

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01982940**
3. Місцезнаходження замовника: **45000, Україна, Волинська область обл., місто Ковель, вул.Олени Пчілки 4**

ЛОТ 3 — лот 3 - Севофлуран (Sevoflurane)

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
Севофлуран (Sevoflurane)	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція МНН: Sevoflurane	20 флакон	45000, Україна, Волинська область, м.Ковель, вул. Олени Пчілки, 4	до 31 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАДІС"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **79 843,40 УАН з ПДВ**