

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад Кривоозерський районний центр первинної медико-санітарної допомоги**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37305345**
3. Місцезнаходження замовника: **55104, Україна, Миколаївська область обл., смт. Криве Озеро, вул. Шевченко, 59**

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
Біолік Туберкулін ППД-Л, розчин для ін'єкцій, 1 ампула 0,6 мл з 3 шприцями та 3 голками	ДК 021:2015: 33651600-4 — Вакцини	667 комплект	55104, Україна, Миколаївська область, с.м.т. Криве Озеро, Шевченка, 59	від 01 березня 2018 до 20 березня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПрАТ "МЕДФАРКОМ-ЦЕНТР"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **90 550,00 УАН з ПДВ**