

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я "ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02004781**
3. Місцезнаходження замовника: **29008, Україна, Хмельницька область обл., м. Хмельницький, вул. КАМ'ЯНЕЦЬКА, буд. 94/1**

ЛОТ 2 — перев'язувальні матеріали, шприци, маски, рукавички

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
перев'язувальні матеріали, шприци, маски, рукавички	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	7095 одиниця	29008, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, буд. 94/1	до 31 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "СМС - УК"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **41 788,00 УАН з ПДВ**