

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Стоматологічна поліклініка №2
Шевченківського району м.Києва**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02007696**
3. Місцезнаходження замовника: **01054, Україна, Київська область обл., Київ,
провулок Чеховський, 8**

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
Відбиткові стоматологічні маси (згідно додатка)	ДК 021:2015: 33141800-8 — Стоматологічні матеріали	27 упаковка	01054, Україна, Київська область, Київ, пров. Чеховський, 8	до 30 березня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "КАСКАД ДЕНТАЛ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **8 997,00 UAH з ПДВ**