

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальна установа "База спеціального медичного постачання" Житомирської обласної ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **40525915**
3. Місцезнаходження замовника: **10019, Україна, Житомирська область обл., м. Житомир, вул. Комерційна, 2**

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
Альбумін	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція	175 флакон	10019, Україна, Житомирська область, м.Житомир, вул.Комерційна ,2	до 31 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ВЕРАФАРМ"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **438 539,50 УАН з ПДВ**