

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗ КЗ "Центр первинної медико-санітарної допомоги"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37336813**
3. Місцезнаходження замовника: **22500, Україна, Вінницька область обл., Липовець, вул.Пирогова,9**

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
Туберкулін	ДК 021:2015: 33694000-1 — Діагностичні засоби	802 комплекти	22500, Україна, Вінницька область, Липовець, Пирогова,9	до 30 червня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **СПІЛЬНЕ УКРАЇНСЬКО-ЕСТОНСЬКЕ ПІДПРИЄМСТВО У ФОРМІ ТОВАРИСТВА З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ОПТИМА-ФАРМ, ЛТД"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **108 983,78 УАН з ПДВ**