

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02013337**
3. Місцезнаходження замовника: **29000, Україна, Хмельницька область обл., місто
Хмельницький, вулиця Шевченка, будинок 46**

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
Севофлуран	ДК 021:2015: 33600000-6 — Фармацевтична продукція	124 флакон	29000, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. І. Франка, 15/1 (Хмельницька обласна база спецмедпостачання)	до 31 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю
"Зайдекс УА"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **458 552,00 УАН з ПДВ**