ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Горохівська районна стоматологічна поліклініка**

2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **36708947**

3. Місцезнаходження замовника: **45700, Україна, Волинська область обл., ГОРОХІВСЬКИЙ РАЙОН/М.ГОРОХІВ, вул.Паркова,22а**

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
Автоклав-Стерилізатор паровий ГК-20 Україна	ДК 021:2015: 33191110-9 — Автоклави	1 шт.	45700, Україна, Волинська область, ГОРОХІВ, Паркова,22а	від 10 липня 2018 до 13 липня 2018

9. Найменування учасника − переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи): **ФОП "Кононяко Галина Опанасівна"**

10. Інформація про ціну пропозиції: **25 000,00 UAH з ПДВ**