

# ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальний заклад Кривоозерський районний центр первинної медико-санітарної допомоги**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **37305345**
3. Місцезнаходження замовника: **55104, Україна, Миколаївська область обл., смт. Криве Озеро, вул. Шевченко, 59**

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: 33651600-4 — Вакцини	514 комплект	55104, Україна, Миколаївська область, с.м.т.Криве Озеро, вул.Шевченка,59	від 01 грудня 2018 до 10 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "Валанж-Фарм"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **70 122,45 УАН з ПДВ**