

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
«ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ДИСПАНСЕР
М.КРАМАТОРСЬК»**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01990766**
3. Місцезнаходження замовника: **84333, Україна, Донецька область обл.,
Краматорськ, Кирилкіна, 10**

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
Маски одноразові.	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	15000 штуки	84333, Україна, Донецька область, Краматорськ, вул. Щербакова, 1-А (склад головної медичної сестри)	до 20 грудня 2018

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "МІРЕДІ-МЕДІКАЛ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **7 200,00 UAH з ПДВ**