

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Комунальне підприємство "Луцька міська клінічна стоматологічна поліклініка"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01982850**
3. Місцезнаходження замовника: **43010, Україна, Волинська область обл., м. Луцьк, просп. Волі, буд. 39**

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
медичні матеріали	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	2671 упаковка	43010, Україна, Волинська область, місто Луцьк, проспект Волі, 39	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Фірма "Волиньфарм"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **1 460 463,00 UAH з ПДВ**