

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ
"ФТИЗІАТРІЯ" У МІСТІ КИЄВІ**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01993865**
3. Місцезнаходження замовника: **03022, Україна, місто Київ обл., м.Київ,
Голосіївський район, ВУЛИЦЯ
ВАСИЛЬКІВСЬКА, будинок 35**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

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
маска медична з гумовими петлями	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	175900 штуки	03022, Україна, м. Київ, м. Київ, вул. Васильківська, 35	від 01 лютого 2019 до 15 лютого 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ "ОПТИМА ТРЕЙДІНГ"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **79 049,46 УАН з ПДВ**