

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗОЗ Обласна стоматологічна поліклініка**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02003586**
3. Місцезнаходження замовника: **61022, Україна, Харківська область обл., м. Харків, вул. Трінклера, 6**

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
Рукавички латексні НС 100 шт.	ДК 021:2015: 19510000-4 — Гумові вироби	52 штука	61022, Україна, Харківська область, м.Харків, вул.Трінклера,буд.6	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний Центр "М.Т.К."**
10. Інформація про ціну пропозиції: **3 120,00 UAH з ПДВ**