

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КЗ Міська клінічна стоматологічна поліклініка**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **03082961**
3. Місцезнаходження замовника: **21050, Україна, Вінницька область обл.,
Вінниця, вулиця Архітектора Артинова, 24**
- 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
дезінфекційні засоби	ДК 021:2015: 24450000-3 — Агрохімічна продукція	187 л	21050, Україна, Вінницька область, місто Вінниця, вулиця Архітектора Артинова 24	від 01 березня 2019 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 "ВІК-XXI ВІК"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **13 533,00 UAH з ПДВ**