

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я "ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА"**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02004781**
3. Місцезнаходження замовника: **29008, Україна, Хмельницька область обл., м. Хмельницький, вул. КАМ'ЯНЕЦЬКА, буд. 94/1**
- 3¹. Вид предмета закупівлі: **Товари**

ЛОТ 2 – перев'язувальні матеріали, шприци, маски, рукавички

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
перев'язувальні матеріали, шприци, маски, рукавички	ДК 021:2015: 33140000-3 — Медичні матеріали	7 найменувань	29008, Україна, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, буд. 94/1	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ТОВ Меркурій Вест**
10. Інформація про ціну пропозиції: **56 981,01 УАН з ПДВ**