

ПОВІДОМЛЕННЯ

про намір укласти договір

1. Найменування замовника: **Миколаївська обласна стоматологічна поліклініка Миколаївської обласної ради**
2. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **02007093**
3. Місцезнаходження замовника: **54017, Україна, Миколаївська область обл., Миколаїв, вул.Дунаєва 39-а**
- 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 одноразового використання	ДК 021:2015: 33770000-8 — Папір санітарно-гігієнічного призначення	12000 шт	54017, Україна, Миколаївська область, м.Миколаїв, вул.Дунаєва 39F	до 31 грудня 2019

9. Найменування учасника – переможця процедури закупівлі (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи): **ПП "ДУОМЕД УКРАЇНА"**
10. Інформація про ціну пропозиції: **5 880,00 UAH з ПДВ**