

# ЗВІТ

про договір про закупівлю, укладений без використання електронної системи закупівель  
UA-2019-02-07-002574-b

1. Дата укладення договору: **06 лютого 2019 00:00**
2. Номер договору: **2**
3. Найменування замовника: **Любашівська районна державна адміністрація  
Одеської області**
4. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **04057184**
5. Місцезнаходження замовника: **66502, Україна, Одеська обл., смт Любашівка,  
вул. СОФІЇВСЬКА, буд. 97**
6. Найменування постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи), з яким укладено договір: **ПАТ "Аптечна мережа "Фармація"**
7. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг: **22447055**
8. Місцезнаходження постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) та номер телефону, телефаксу: **65026, Україна, Одеська обл., м Одеса, вул Жуковського, 20  
0937304868**
9. Конкретна назва предмета закупівлі: **Відшкодування вартості лікарських засобів**

10. Найменування (номенклатура, асортимент) товарів, робіт чи послуг	11. Кількість товарів, робіт чи послуг	12. Місце поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг	13. Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг
Відшкодування вартості лікарських засобів	6900 шт	66502, Україна, Одеська область, смт Любашівка, вул Софіївська, 97	з 06 лютого 2019 по 31 грудня 2019

14. Інформація про технічні та якісні характеристики товарів, робіт чи послуг: **Відсутня**
15. Ціна договору: **54 734,00 UAH з ПДВ**
16. Строк дії договору: **від 06 лютого 2019 до 31 грудня 2019**
17. Ідентифікатор договору: **UA-2019-02-07-002574-b-c1**

Найменування (номенклатура, асортимент) товарів, робіт чи послуг	18. Одиниця виміру	19. Ціна за одиницю
Відшкодування вартості лікарських засобів	шт	