

# ЗВІТ

про виконання договору про закупівлю  
Дата формування звіту: 23 жовтня 2019

1. Номер процедури закупівлі в електронній системі закупівель: **UA-2019-08-20-002543-с**
2. Номер договору про закупівлю: **1070**
3. Дата укладення договору: **20 серпня 2019 12:00**
4. Ціна договору про закупівлю: **94,81 УАН**
5. Найменування замовника: **Комунальна установа "Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" Житомирської обласно ради, ЦЕМД та МК**
6. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **38500095**
7. Місцезнаходження замовника: **10031, Україна, Житомирська обл., Житомир, Покровська, 98-в**
8. Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **Фізична особа-підприємець Сарган Богдан Леонідович**
9. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **3286506671**
10. Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю, номер телефону: **11700, Україна, Житомирська обл., місто Новоград-Волинський ВУЛИЦЯ ТОЛУБКА буд. 6 кв. 26, вул. Перекопська 17 кв. 3 , тел.: +380930928282**
- 10<sup>1</sup>. Вид предмета закупівлі: **Послуги**

11. Конкретна назва предмета закупівлі	11.1 Коди та назви відповідних класифікаторів предмета закупівлі і частин предмета закупівлі (лотів) (за наявності)	12. Кількість товару або обсяг виконання робіт чи надання послуг за договором	13. Місце поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг	14. Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг за договором
Заправка картриджу. Джерело фінансування: кошти медичної субвенції	ДК021-2015: 50310000-1 — Технічне обслуговування і ремонт офісної техніки	1 послуга	Україна, 10031, Житомирська область, Житомир, вул.Покровська, 98-В	до 31 грудня 2019

15. Строк дії договору: **не вказана — 31 грудня 2019**
16. Сума оплати за договором: **94,81 УАН**
- 16<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Надання послуг	В межах розміру бюджетного призначення за кошторисом. Джерело фінансування закупівлі: кошти медичної субвенції.	Післяоплата	30	Календарні	100

17. Причини розірвання договору, якщо **відсутні**  
таке мало місце: