ЗВІТ

про виконання договору про закупівлю
Дата формування звіту: 02 січня 2020

1. Номер процедури закупівлі в електронній системі закупівель:	**UA-2019-09-16-001024-a**
2. Номер договору про закупівлю:	**26**
3. Дата укладення договору:	**21 жовтня 2019 09:00**
4. Ціна договору про закупівлю:	**521 023,30 UAH (в тому числі ПДВ 86 837,22 UAH)**
5. Найменування замовника:	**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА КЛІНІЧНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ" ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
6. Код згідно з ЄДРПОУ замовника:	**01985400**
7. Місцезнаходження замовника:	**49115, Україна, Дніпропетровська обл., м. Дніпро, вул. Бехтерева, 1**
8. Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім’я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю:	**ФОП Аврахова Катерина Григорівна**
9. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків учасника, з яким укладено договір про закупівлю:	**3149416743**
10. Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю, номер телефону:	**36000, Україна, Полтавська обл., Полтава, Маршала Бірюзова, буд.43, кв.13 , тел.: 380952468640, 380952468640**
10[1]. Вид предмета закупівлі:	**Товари**

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
сік фруктовий	ДК021-2015: 15320000-7 — Фруктові та овочеві соки	44570 літр	Україна, 49115, Дніпропетровська область, м. Дніпро, вул. Бехтерева, 1	до 30 листопада 2019

15. Строк дії договору:	**21 жовтня 2019 — 31 грудня 2019**
16. Сума оплати за договором:	**521 023,30 UAH (в тому числі ПДВ 86 837,22 UAH)**

16[1]. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	**Опис**	**Тип оплати**	**Період, (днів)**	**Тип днів**	**Розмір оплати, (%)**
Поставка товару	Джерело фінансування закупівлі - медична субвенція з державного бюджету	Післяоплата	30	Календарні	100

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