

# ЗВІТ

про виконання договору про закупівлю  
Дата формування звіту: 18 грудня 2020

1. Номер процедури закупівлі в електронній системі закупівель: **UA-2019-12-18-002207-c**
2. Номер договору про закупівлю: **24**
3. Дата укладення договору: **28 січня 2020 10:39**
4. Ціна договору про закупівлю: **38 860,00 UAH**
5. Найменування замовника: **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМІЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ"**
6. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **01982442**
7. Місцезнаходження замовника: **22000, Україна, Вінницька обл., м. Хмільник, вул. Шолом Алейхема, буд. 8**
8. Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **ФОП "ДЕМКОВИЧ ВАЛЕРІЙ ЙОСИПОВИЧ"**
9. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **2581220178**
10. Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю, номер телефону: **21000, Україна, Вінницька обл., місто Вінниця, ВУЛИЦЯ Л. РАТУШНОЇ, будинок 16, квартира 30, тел.: +380679214212**
- 10<sup>1</sup>. 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
Масло вершкове (не менше 72,0%)	ДК021-2015: 15530000-2 — Вершкове масло	1000 кілограми	Україна, 22000, Вінницька область, м.Хмільник, 22000, Україна, Вінницька область, м. Хмільник, вул. Шолом Алейхема, буд. 8	від 01 січня 2020 до 31 грудня 2020

15. Строк дії договору: **24 січня 2020 — 31 грудня 2020**
16. Сума оплати за договором: **38 860,00 UAH**

16<sup>1</sup>. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	10	Банківські	100

16<sup>2</sup>. Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Інше	Кошти медичної субвенції	82500 UAH
Власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства)		67500 UAH

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