

ЗВІТ

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

1. Номер процедури закупівлі в електронній системі закупівель: **UA-2020-04-13-001294-c**
2. Номер договору про закупівлю: **70**
3. Дата укладення договору: **13 квітня 2020 00:00**
4. Ціна договору про закупівлю: **145 000,00 UAH**
5. Найменування замовника: **Комунальне некомерційне підприємство "Хмельницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" Хмельницької обласної ради**
6. Код згідно з ЄДРПОУ замовника: **26514713**
7. Місцезнаходження замовника: **29009, Україна, Хмельницька обл., Хмельницький, вул. Пілотська 1**
8. Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **ФОП Делікатний Ярослав Анатолійович**
9. Код згідно з ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків учасника, з яким укладено договір про закупівлю: **3085324376**
10. Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю, номер телефону: **29000, Україна, Хмельницька обл., м. Хмельницький, вул. Старокостянтинівське шосе буд.12 кв. 14 , тел.: 067-240-59-79**
- 10¹. 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
Комплект одягу медичного лікаря - інфекціоніста №1а, не стерильний	ДК021-2015: 33190000-8 — Медичне обладнання та виробі медичного призначення різні	500 шт	Україна, 29000, Хмельницька область, м. Хмельницький, вул. Депутатська, 20	до 31 грудня 2020

15. Строк дії договору: **13 квітня 2020 — 31 грудня 2020**
16. Сума оплати за договором: **145 000,00 UAH**
- 16¹. Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Дата виставлення рахунку	згідно умов договору	Післяоплата	10	Календарні	100

16². Джерело фінансування закупівлі:

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Інше	Національна служба здоров'я України	145000 UAH

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