

# ЗВІТ

про виконання договору про закупівлю

UA-2020-12-24-013180-с

Дата формування звіту: 29 січня 2021

<b>Унікальний номер оголошення про проведення конкурентної процедури закупівлі, присвоєний електронною системою закупівель, або унікальний номер повідомлення про намір укласти договір про закупівлю (у разі застосування переговорної процедури закупівлі):</b>	UA-2020-12-24-013180-с
<b>Номер договору про закупівлю:</b>	1567Н/2020
<b>Дата укладення договору про закупівлю:</b>	24 грудня 2020 15:00
<b>Ціна в договорі про закупівлю:</b>	500 000,00 UAH
<b>Найменування замовника:</b>	Управління охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації
<b>Категорія замовника:</b>	Орган державної влади, місцевого самоврядування або правоохоронний орган
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	02013136
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	33028, Україна, Рівненська область, М.РІВНЕ , ВУЛ. 16 ЛИПНЯ БУД. 38
<b>Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю:</b>	ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БІОМЕДІНВЕСТ"
<b>Ідентифікаційний код учасника в ЄДР або реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг:</b>	24740569

**Місцезнаходження (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю, номер телефону:**

01103, Україна, м. Київ, м.Київ, Печерський район  
ВУЛИЦЯ ДРАГОМИРОВА будинок 4 офіс 122, 125 ,  
тел.: +380444902035

**Вид предмета закупівлі:**

Товари

**Назва предмета закупівлі:**

код ДК 021:2015 33141625-7 — Діагностичні набори, КОД НК 024:2019 - 50289 Коронавірус (SARS-CoV), антитіла класу імуноглобулін G (IgG) IVD, набір, імунофлюоресцентний аналіз, тест-системи для якісного виявлення антитіл IgG до SARS- CoV-2 у зразках сироватки та плазми крові людини методом імунохемілюмінісцентного аналізу (ІХЛА) за кодом УКТЗЕД 3002, 3006, 3822 00 00 00 Код УКТЗЕД 9019 20 00 00

**Код за Єдиним закупівельним словником:**

ДК 021:2015:33140000-3: Медичні матеріали

<b>Назва номенклатурної позиції предмета закупівлі</b>	<b>Код згідно з Єдиним закупівельним словником, що найбільше відповідає назві номенклатурної позиції предмета закупівлі</b>	<b>Кількість товару або обсяг виконання робіт чи надання послуг</b>	<b>Місце поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг</b>	<b>Строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг</b>
Тест-система, призначена для якісного виявлення IgG антитіл до нуклеокапсидного антигена коронавірусу SARS-CoV-2 у зразках сироватки та плазми крові людини методом імунохемілюмінісцентного аналізу, SARS-CoV-2 IgG Reagent Kit, Набір реагентів SARS-CoV-2 IgG Reagent Kit у комплекті	ДК021-2015: 33141625-7 — Діагностичні набори	20 набір	33014, Україна, Рівненська область, м. Рівне, вул. Степана, Бандери, 31	до 28 січня 2021

**Строк дії договору про закупівлю:**

24 грудня 2020 — 31 грудня 2020

**Сума оплати за договором про закупівлю:**

500 000,00 UAH

**Умови оплати договору (порядок здійснення розрахунків):**

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Підписання договору	Покупець здійснює попередню оплату в розмірі 100% від загальної вартості товару протягом 7 календарних днів після підписання договору відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19)» від 17.03.2020 року та постанови КМУ №1070 від 4 грудня 2019 р. «Деякі питання здійснення розпорядниками (одержувачами) бюджетних коштів попередньої оплати товарів, робіт і послуг, що закуповуються за бюджетні кошти». Оплата здійснюється шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок Постачальника після фактичного надходження коштів на розрахунковий рахунок Покупця вказаний ним у даному договорі.	Аванс	7	Календарні	100

**Джерело фінансування закупівлі:**

Джерело фінансування закупівлі	Опис	Сума
Місцевий бюджет	Кошти обласного бюджету	500000 UAH

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