

# ЗВІТ

про виконання договору про закупівлю  
UA-2024-09-25-005996-a

<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-2024-09-25-005996-a
<b>Номер договору про закупівлю:</b>	253/24-БТ/ХК
<b>Дата укладення договору про закупівлю:</b>	09 жовтня 2024 09:00
<b>Ціна в договорі про закупівлю:</b>	129 220,00 UAH (в тому числі ПДВ 8 453,64 UAH )
<b>Найменування замовника:</b>	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО « МІСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ № 18» ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
<b>Категорія замовника:</b>	Юридична особа, яка забезпечує потреби держави або територіальної громади
<b>Ідентифікаційний код замовника в ЄДР:</b>	02003511
<b>Місцезнаходження замовника:</b>	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104
<b>Найменування (для юридичної особи) або прізвище, ім'я, по батькові (для фізичної особи) учасника, з яким укладено договір про закупівлю:</b>	ТОВ " Медичний центр "М.Т.К."
<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>	21633086

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

03110, Україна, Київська область, Київ, вул. Миколи Амосова, 10 , тел.: 0504138455

**Вид предмета закупівлі:**

Товари

**Назва предмета закупівлі:**

Фармацевтична продукція

**Код за Єдиним закупівельним словником:**

ДК 021:2015:33600000-6: Фармацевтична продукція

<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>
КСИЛАТ (або еквівалент), розчин для інфузій по 200 мл	ДК021-2015: 33621400-3 — Кровозамінники та перфузійні розчини МНН: Electrolytes in combination with other drugs	192 пляшка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024
КВНАДЕКС (або еквівалент), концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл, по 2 мл у ампулах №5	ДК021-2015: 33692500-2 — Розчини для ін'єкцій МНН: Dexmedetomidine	2 пачка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024
СОРБЛАКТ (або еквівалент), розчин для інфузій по 200 мл	ДК021-2015: 33621400-3 — Кровозамінники та перфузійні розчини МНН: Electrolytes in combination with other drugs	400 пляшка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024
ПЕНТОКСИФІЛІН (або еквівалент), розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі №10	ДК021-2015: 33622000-6 — Лікарські засоби для лікування захворювань серцево-судинної системи МНН: Pentoxifylline	200 пачка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024

НОВОКАЇН (або еквівалент), розчин для ін'єкцій 5 мг/мл по 200 мл	ДК021-2015: 33661100-2 — Анестетичні засоби МНН: Procaine	100 пляшка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024
ДЕКАСАН (або еквівалент), розчин 0,2 мг/мл по 400 мл	ДК021-2015: 33631600-8 — Антисептичні та дезінфекційні засоби МНН: Decamethoxine	100 пляшка	61110, Україна, Харківська область, Харків, вулиця Єдності, будинок 104	до 31 грудня 2024

**Строк дії договору про закупівлю:** 09 жовтня 2024 — 31 грудня 2024

**Сума оплати за договором про закупівлю:** 129 220,00 УАН (в тому числі ПДВ 8 453,64 УАН)

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

Подія	Опис	Тип оплати	Період, (днів)	Тип днів	Розмір оплати, (%)
Поставка товару		Післяоплата	30	Календарні	100

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