



АГЕНЦИЯ ПО ОБЩЕСТВЕНИ ПОРЪЧКИ
1000 София, ул. Лега 4
факс: 940 7078
e-mail: rop@aop.bg , e-rop@aop.bg
интернет адрес: <http://www.aop.bg>

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОР ЗА ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА ДЕЛОВОДНА ИНФОРМАЦИЯ

Деловодна информация

Партида на възложителя: 00086

Поделение: "Многопрофилна болница за активно лечение-Троян"ЕООД

Изходящ номер: 703 от дата 30/03/2016

Коментар на възложителя:

Информация за изпълнение на договор за доставка на консумативи за еднократна употреба

РАЗДЕЛ I: ВЪЗЛОЖИТЕЛ

по чл. 7, т. 1-4 от ЗОП (класически)

по чл. 7, т. 5 или 6 от ЗОП (секторен)

I.1) Наименование и адрес

Официално наименование

Многопрофилна болница за активно лечение-Троян ЕООД

Адрес

ул. Радецки №30

Град

Троян

Пощенски код

5600

Държава

Република

България

За контакти

Д-р Пенко Бамбов - управител

Телефон

0670 63092

Лице за контакт

Светлана Нановска - гл. счетоводител

Електронна поща

mbal_troyan@abv.bg

Факс

0670 62023

Интернет адрес/и (когато е приложимо)

Адрес на възложителя:

Адрес на профила на купувача:

www.mbal-troyan.com

I.2) Вид на възложителя и основна дейност/и:

(попълва се от възложители по чл.7, т.1-4 от ЗОП)

Министерство или друг държавен орган,
включително техни регионални или
местни подразделения

Национална агенция/служба

Регионален или местен орган

Регионална или местна агенция/служба

Публичноправна организация

Европейска институция/агенция или

Обществени услуги

Отбрана

Обществен ред и сигурност

Околна среда

Икономическа и финансова дейност

Здравеопазване

Настаняване/жилищно строителство и
места за отдих и култура

<input type="checkbox"/> международна организация <input type="checkbox"/> Друго (моля, уточнете): _____	<input type="checkbox"/> Социална закрила <input type="checkbox"/> Отдых, култура и религия <input type="checkbox"/> Образование <input type="checkbox"/> Друго (моля, уточнете): _____
I.3) Основна дейност/и на възложителя, свързана/и с: (попълва се от възложител по чл. 7, т.5 или 6 от ЗОП)	
<input type="checkbox"/> Производство, пренос и разпределение на природен газ и топлинна енергия <input type="checkbox"/> Електрическа енергия <input type="checkbox"/> Търсене, проучване или добив на природен газ или нефт <input type="checkbox"/> Търсене, проучване или добив на въглища или други твърди горива <input type="checkbox"/> Вода	<input type="checkbox"/> Пощенски услуги <input type="checkbox"/> Железопътни услуги <input type="checkbox"/> Градски железопътни, трамвайни, тролейбусни или автобусни услуги <input type="checkbox"/> Пристанищни дейности <input type="checkbox"/> Летищни дейности

РАЗДЕЛ II: ПРОЦЕДУРА, ПРЕДХОЖДАЩА СКЛЮЧВАНЕТО НА ДОГОВОРА

II.1) Вид на процедурата <input checked="" type="checkbox"/> Открита процедура <input type="checkbox"/> Ограничена процедура <input type="checkbox"/> Състезателен диалог <input type="checkbox"/> Договаряне с обявление <input type="checkbox"/> Договаряне без обявление
II.2) Обект на поръчката <input type="checkbox"/> Строителство <input checked="" type="checkbox"/> Доставки <input type="checkbox"/> Услуги
II.3) Процедурата е открита с решение No: 1495 от 01/12/2014 дд/мм/гггг
II.4) Уникален № на поръчката в Регистъра на обществените поръчки 00086-2014-0005(nnnnn-уууу-xxxx)
II.5) Описание на предмета на поръчката Доставка на медицински консумативи за нуждите на "МБАЛ-Троян"ЕООД

РАЗДЕЛ III: УСЛОВИЯ НА ДОГОВОРА

III.1) Номер на договора: 4 от 06/03/2015 дд/мм/гггг		
III.2) Настоящият договор е сключен след <input checked="" type="checkbox"/> Процедура за възлагане на обществена поръчка <input type="checkbox"/> Рамково споразумение <input type="checkbox"/> Динамична система за доставки <input type="checkbox"/> Система за предварителен подбор		
III.3) Изпълнител по договора Официално наименование и ЕИК (код по Булстат) Агарта -ЦМ ЕООД		
Адрес жк Младост 3 бл.304 ет.1 офис 1		
Град София	Пощенски код 1712	Държава Р България
		Телефон 02 8765542
Електронна поща		Факс

				02 9743973
Интернет адрес (URL):				
III.4) При изпълнението участват подизпълнители				Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>
Официално наименование на подизпълнителя	Дейност, изпълнявана от подизпълнителя	Дял на участие на подизпълнителя (% от договора)		
III.5) Предмет на договора Доставка на медицински консумативи				
III.6) Срок на изпълнение Срок на изпълнение в месеци: 12 или дни _____ (от сключване на договора) или начална дата _____ дд/мм/гггг крайна дата _____ дд/мм/гггг				
III.7) Стойност, посочена в договора (в цифри):				
	без ДДС	с ДДС	Стойност на ДДС (в %)	
Стойност: 57752.38	Валута: BGN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	при 20
Разменен курс към BGN: _____				
III.8) Договорът е финансиран с европейски средства				Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>
Финансирането е _____ % от стойността на договора.				
РАЗДЕЛ IV: ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА				
<input checked="" type="checkbox"/> договорът е изпълнен				
<input type="checkbox"/> договорът е предсрочно прекратен				
IV.1) Дата на приключване/прекратяване: 06/03/2016 дд/мм/гггг				
IV.2) Причини за прекратяване на договора (когато е приложимо) _____ _____ _____ (Кратко описание на обстоятелствата, които обуславят прекратяването)				
IV.3) Договорът е изменян/допълван				Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>
Променено условие от договора	Преди промяната	След промяната	Правно основание за промяната	
IV.4) Договорът е изпълнен в срок				
Договорът е изпълнен със забава от _____ месец(а) или _____ дни от крайния срок на изпълнение на договора				
Причини за забавата (когато е приложимо): _____ _____ _____ (Кратко описание на причините за забавата)				

IV.5) Договорът е изпълнен в пълен обем				Да <input checked="" type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>	
Изпълнението е _____ % от предмета на договора (при частично изпълнение).					
Причини за частичното изпълнение (когато е приложимо):					

(Кратко описание на причините за частичното изпълнение)					
IV.6) Информация за изплатената сума по договора (в цифри):					
		без ДДС	с ДДС		Стойност на ДДС (в %)
Стойност:	8985.54	Валута: BGN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	при 20
Разменен курс към BGN: _____					
IV.7) Във връзка с изпълнението на договора се дължат или са платени неустойки				Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> от изпълнителя Размер: _____ Валута: _____					
<input type="checkbox"/> от възложителя Размер: _____ Валута: _____					
Причини за възникване на задължението за неустойките (когато е приложимо):					

(Кратко описание на причините за неустойките)					

V: ДРУГА ИНФОРМАЦИЯ (когато е приложимо)

VI: ДАТА на изпращане на настоящата информация

Дата: 30/03/2016 дд/мм/гггг

Възложител:

Трите имена: /подпис и печат/ Д-р Пенко Стайков Бамбов
Длъжност: Управител на "МБАЛ-Троян"ЕООД