



АГЕНЦИЯ ПО ОБЩЕСТВЕНИ ПОРЪЧКИ  
1000 София, ул. Лере 4  
e-mail: [pk@aop.bg](mailto:pk@aop.bg), [aop@aop.bg](mailto:aop@aop.bg)  
интернет адрес: <http://www.aop.bg>

## ИНФОРМАЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОР ЗА ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА ДЕЛОВОДНА ИНФОРМАЦИЯ

### Деловодна информация

Партида на възложителя: 00848

Поделение: \_\_\_\_\_

Изходящ номер: 3298 от дата 14/10/2016

Коментар на възложителя:

Информация за изпълнен договор с предмет: Доставка на медицински изделия по чл.30а от Закона за медицински изделия за нуждите на МБАЛ" Д-р Атанас Дафовски"АД гр. Кърджали

### 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

МБАЛ Д-р Атанас Дафовски АД

Адрес

бул. Беломорски № 53

Град

Кърджали

Пощенски код

6600

Държава

Р България

За контакти

МБАЛ Д-р Атанас Дафовски АД

Телефон

0361 68241

Лице за контакт

Снежана Карагъзова

Електронна поща

[hospital\\_kj@abv.bg](mailto:hospital_kj@abv.bg)

Факс

0361 68295

Интернет адрес/и (когато е приложимо)

Адрес на възложителя:

[www.hospital-kj.com](http://www.hospital-kj.com).

Адрес на профила на купувача:

<http://www.zop.hospital-kj.com/archive/>

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Министерство или друг държавен орган, включително техни регионални или местни подразделения | <input type="checkbox"/> Обществени услуги   |
| <input type="checkbox"/> Национална агенция/служба   | <input type="checkbox"/> Отбрана   |
| <input type="checkbox"/> Регионален или местен орган   | <input type="checkbox"/> Обществен ред и сигурност                                   |
| <input type="checkbox"/> Регионална или местна агенция/служба  | <input type="checkbox"/> Околна среда  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Публичноправна организация   | <input type="checkbox"/> Икономическа и финансова дейност                            |
| <input type="checkbox"/> Европейска институция/агенция или международна организация                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Здравеопазване                                   |
| <input type="checkbox"/> Друго (моля, уточнете): _____   | <input type="checkbox"/> Настаняване/жилищно строителство и места за отдих и култура |
|  | <input type="checkbox"/> Социална закрила  |
|  | <input type="checkbox"/> Отдих, 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"/> Пощенски услуги  |
| <input type="checkbox"/> Електрическа енергия  | <input type="checkbox"/> Железопътни услуги   |
| <input type="checkbox"/> Търсене, проучване или добив на природен газ или нефт                   | <input type="checkbox"/> Градски железопътни, трамвайни, тролейбусни или автобусни услуги |

<input type="checkbox"/> Търсене, проучване или добив на въглища или други твърди горива	<input type="checkbox"/> Пристанищни дейности
<input type="checkbox"/> Вода	<input type="checkbox"/> Летищни дейности

## РАЗДЕЛ II: ПРОЦЕДУРА, ПРЕДХОЖДАЩА СКЛЮЧВАНЕТО НА ДОГОВОРА

<b>II.1) Вид на процедурата</b> <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
<b>II.2) Обект на поръчката</b> <input type="checkbox"/> Строителство <input checked="" type="checkbox"/> Доставки <input type="checkbox"/> Услуги
<b>II.3) Процедурата е открита с решение</b> No: 63 от 18/02/2014 дд/мм/гггг
<b>II.4) Уникален № на поръчката в Регистъра на обществените поръчки</b> 00848-2014-0002(nnnnn-уууу-хххх)
<b>II.5) Описание на предмета на поръчката</b>  Доставка на медицински изделия по чл.30а от Закона за медицински изделия за нуждите на МБАЛ" Д-р Атанас Дафовски"АД гр. Кърджали

## РАЗДЕЛ III: УСЛОВИЯ НА ДОГОВОРА

<b>III.1) Номер на договора:</b> ОП 6 от 23/07/2014 дд/мм/гггг		
<b>III.2) Настоящият договор е сключен след</b> <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		
<b>III.3) Изпълнител по договора</b>		
Официално наименование и ЕИК (код по Булстат) Екос Медика ООД; ЕИК 831029075		
Адрес ул. Голям Братан № 8		
Град София	Пощенски код 1618	Държава Р България
	Телефон 02 4914087	
Електронна поща	Факс	
Интернет адрес (URL):		
<b>III.4) При изпълнението участват подизпълнители</b>		Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>
Официално наименование на подизпълнителя	Дейност, изпълнявана от подизпълнителя	Дял на участие на подизпълнителя (% от договора)
<b>III.5) Предмет на договора</b> Доставка на медицински изделия по чл.30а от Закона за медицински изделия за нуждите на МБАЛ" Д-р Атанас Дафовски"АД гр. Кърджали		
<b>III.6) Срок на изпълнение</b> Срок на изпълнение в месеци: _____ или дни _____ (от сключване на договора) или начална дата 23/07/2014 дд/мм/гггг крайна дата 07/10/2016 дд/мм/гггг		
<b>III.7) Стойност, посочена в договора (в цифри):</b>		
без ДДС	с ДДС	Стойност на

				ДДС (в %)	
Стойност:	168666.67	Валута: BGN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	при _____
Разменен курс към BGN: _____					
<b>III.8) Договорът е финансиран с европейски средства</b>					Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>
Финансирането е _____ % от стойността на договора.					

**РАЗДЕЛ IV: ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА**

- договорът е изпълнен  
 договорът е предсрочно прекратен

<b>IV.1) Дата на приключване/прекратяване:</b> 07/10/2016 дд/мм/гггг					
<b>IV.2) Причини за прекратяване на договора (когато е приложимо)</b>  _____ _____					
(Кратко описание на обстоятелствата, които обуславят прекратяването)					
<b>IV.3) Договорът е изменен/допълван</b>			Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>		
Променено условие от договора	Преди промяната	След промяната	Правно основание за промяната		
<b>IV.4) Договорът е изпълнен в срок</b>			Да <input checked="" type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>		
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)					
<b>IV.5) Договорът е изпълнен в пълен обем</b>			Да <input type="checkbox"/> Не <input checked="" type="checkbox"/>		
Изпълнението е 0.24 % от предмета на договора (при частично изпълнение). Причини за частичното изпълнение (когато е приложимо): Причини за частичното изпълнение: Договорените количества медицински изделия към приложенията в договора са прогнозни и ориентировъчни. Точното количество на доставените медицински изделия зависят от потребностите на лечебното заведение, от преминалите болни и сключеният с РЗОК договор по клинични пътеки.					
(Кратко описание на причините за частичното изпълнение)					
<b>IV.6) Информация за изплатената сума по договора (в цифри):</b>					
	без ДДС	с ДДС	Стойност на ДДС (в %)		
Стойност:	40000.00	Валута: BGN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	при _____
Разменен курс към BGN: _____					
<b>IV.7) Във връзка с изпълнението на договора се дължат или са платени неустойки</b>					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: 14/10/2016 дд/мм/гггг
-----------------------------

**Възложител:**

<b>Трите имена:</b> /подпис и печат/ Доц. д-р Тодор Димитров Черкезов, дм
<b>Длъжност:</b> Изпълнителен директор на МБАЛ Д-р Атанас Дабъвски АД

Заявено  
чл. 4 от ЗЗПД

