**Участник закупки**

Наименование:

ИНН:

Адрес:

Заявка на участие в закупке № 24140103036

**Название закупки:**

**поставка** **изделий медицинского назначения для отделения функциональной диагностики**

 НЕ ВСКРЫВАТЬ ДО: ч. 00 мин. « » 2024 г. время местное

 Куда: 443041, г. Самара, ул. Агибалова, 12, 352 кабинет.

 Кому: ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Самара»