



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

### ОБЯВЛЕНИЕ ЗА ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА

- Проект на обявление  
 Обявление за публикуване

#### ДЕЛОВОДНА ИНФОРМАЦИЯ

<p>Деловодна информация Партида на възложителя: 207 Поделение: РЗОК-ПЕРНИК Изходящ номер: _____ от дата _____ Коментар на възложителя:</p>

#### РАЗДЕЛ I: ВЪЗЛОЖИТЕЛ

<b>I.1) Наименование, адреси и лица за контакт:</b>		
Официално наименование РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА - ПЕРНИК		
Адрес ПЛ. КРАКРА № 2		
Град ПЕРНИК	Пощенски код 2300	Държава РБ
За контакти РЗОК-ПЕРНИК	Телефон 076649 210	
Лице за контакти Д-Р МАГДАЛЕНА ХРИСТОВА ИВАНОВА		
Електронна поща <a href="mailto:pernik@nhif.bg">pernik@nhif.bg</a>	Факс	
Интернет адрес/и (когато е приложимо) Адрес на възложителя (URL):		
Адрес на профила на купувача (URL): <a href="http://www.nhif.bg/web/guest/868">http://www.nhif.bg/web/guest/868</a>		
Допълнителна информация може да бъде получена на:		
<input checked="" type="checkbox"/> Съгласно I.1) <input type="checkbox"/> Друго: моля, попълнете Приложение А.I		
Документация (спецификации и допълнителни документи) (включително документи за състезателен диалог и динамична система за доставки) могат да бъдат получени на:		
<input checked="" type="checkbox"/> Съгласно I.1) <input type="checkbox"/> Друго: моля, попълнете Приложение А.II		
Оферти или заявления за участие трябва да бъдат изпратени на:		
<input checked="" type="checkbox"/> Съгласно I.1) <input type="checkbox"/> Друго: моля, попълнете Приложение А.III		
<b>I.2) Вид на възложителя и основна дейност/и:</b>		
<input type="checkbox"/> Министерство или друг държавен орган, включително техни регионални или местни подразделения	<input type="checkbox"/> Обществени услуги <input type="checkbox"/> Отбрана <input type="checkbox"/> Обществен ред и сигурност	