1. **Орган, осуществляющий рассмотрение жалобы** - Управление Федеральной антимонопольной службы по Республике Коми.

2. **Лицо, подавшее жалобу -** ИП

3. **Субъект жалобы** - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми "Бюро судебно-медицинской экспертизы"

4. **Дата поступления жалобы в уполномоченный на осуществление контроля орган** - 15.08.2014

5. **Идентификационный номер размещения закупки** - № 0307200022514000100

6. **Дата извещения о размещении закупки** - 28.07.2014

7. **Наименование предмета закупки** - Заправка и восстановление картриджей

8. **Содержание жалобы:** при осуществлении закупки способом электронного аукциона Заправка и восстановление картриджей

9. **Рассмотрение жалобы состоится** 22.08.2014 в 10.30 по адресу: Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Интернациональная, д. 160а, зал заседаний.