

Information nach § 20 Absatz 3 VOB/A bzw. § 30 Absatz 1 UVgO über die Erteilung eines AuftragesVergabenummer **10.72.350.4038-011****a Öffentlicher Auftraggeber (Vergabestelle)**

Name **Landkreis Mecklenburgische Seenplatte,Eigenbetrieb Rettung MSE**
 Straße **Am Funkturm 1**
 PLZ, Ort **17039 Wulkenzin OT Neuendorf**
 Telefon Fax
 E-Mail **arne.mueller@lk-seenplatte.de** Internet

b Vergabeverfahren **Verhandlungsvergabe (formal)****c Auftragsgegenstand****Los 4 RV Videolaryngoskop****d Ort der Ausführung**

Bezeichnung **Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Eigenbetrieb Rettung MSE**
 Postanschrift **Am Funkturm 1**
 PLZ **17039**
 Ort **Wulkenzin OT Neuendorf**

e beauftragtes Unternehmen

Name **meetB gesellschaft für medizintechnik Vertrieb mbH**
 Straße **Tulpenweg 24**
 PLZ, Ort **14552, Michendorf**

f Zeitraum der Leistungserbringung**4 Jahre**