

Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
Usługa ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie (2 części)

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) Nazwa zamawiającego:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie
- 1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 210373543
- 1.4.) Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) Ulica:** M. Niedziałkowskiego 4 A
- 1.4.2.) Miejscowość:** Choszczyno
- 1.4.3.) Kod pocztowy:** 73-200
- 1.4.4.) Województwo:** zachodniopomorskie
- 1.4.5.) Kraj:** Polska
- 1.4.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL427 - Szczecinecko-pyrzycki
- 1.4.7.) Numer telefonu:** 95 765 8743
- 1.4.9.) Adres poczty elektronicznej:** ejachimczak@spzozchoszczyno.pl
- 1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.spzozchoszczyno.pl
- 1.5.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- 1.6.) Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

- 2.1.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00353875
- 2.2.) Data ogłoszenia:** 2024-06-06

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00341724
- 3.3.) Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**
SEKCJA VIII - PROCEDURA

- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
8.1. Termin składania ofert

Przed zmianą:
2024-06-10 12:00

Po zmianie:
2024-06-13 12:00

- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:
2024-06-10 12:30

Po zmianie:
2024-06-13 12:30

- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:
2024-07-08

Po zmianie:
2024-07-12