

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
USŁUGĘ UBEZPIECZENIA STOBRAWSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ W KUP**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o. o.
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 530938517
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** Karola Miarki 14
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Kup
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 46-082
- 1.4.4.) **Województwo:** opolskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL524 - Opolski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** sekretariat@szpital-kup.eu
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.szpital-kup.eu
- 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 00562611
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-10-24

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00528617
- 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:
2024-10-25 12:00

Po zmianie:
2024-10-30 12:00

3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:

8.3. **Termin otwarcia ofert**

Przed zmianą:
2024-10-25 12:20

Po zmianie:
2024-10-30 12:20

3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:

8.4. **Termin związania ofertą**

Przed zmianą:
2024-11-23

Po zmianie:

2024-11-28