

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
Usługa ubezpieczenia Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie
- 1.2.) **Oddział zamawiającego:** ZOZ Szczytno
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 519483005
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** ul. M.C. Skłodowskiej12
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Szczytno
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 12-100
- 1.4.4.) **Województwo:** warmińsko-mazurskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL622 - Olsztyński
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** dyrektor@szpital.szczytno.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** <http://szpital.szczytno.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 00531119
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-10-04

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00510592
- 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:
2024-10-07 12:00

Po zmianie:
2024-10-24 12:00

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

Przed zmianą:
2024-10-07 12:15

Po zmianie:
2024-10-24 12:15

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

Przed zmianą:
2024-11-05

Po zmianie:
2024-11-22