

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
Świadczenie kompleksowej usługi prania i prasowania**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im.św. Jana Pawła II
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 531172135
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** ul.M.Karłowicza 40
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Głuchołazy
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 48-340
- 1.4.4.) **Województwo:** opolskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL523 - Nyski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** przetargi@szpitalmsw-glucholazy.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** <https://szpitalmsw-glucholazy.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 00505450
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-09-18

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00495253
- 3.3.) **Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) **Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**
SEKCJA V - KWALIFIKACJA WYKONAWCÓW

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

5.7. Wykaz podmiotowych środków dowodowych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu

Przed zmianą:

- a) Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, sporządzonym wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ oraz załączeniem dowodów czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.
- b) aktualna opinia wydana przez właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego dotycząca prania bielizny ogólnoszpitalnej i transportu potwierdzająca posiadanie bariery higienicznej oraz funkcjonującej komory dezynfekcyjnej, dopuszczająca obiekt pralni do świadczenia usług pralniczych w zakładach opieki zdrowotnej bielizny szpitalnej;

Po zmianie:

- a) Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, sporządzonym wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ oraz załączeniem dowodów czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie;
- b) Opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej dopuszczająca obiekt pralni, w której będzie realizowana usługa do świadczenia usługi w zakresie prania bielizny szpitalnej oraz potwierdzająca posiadanie bariery higieny;
- c) Aktualny protokół z kontroli obiektu pralni stwierdzającego funkcjonowanie komory dezynfekcyjnej.

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:

2024-09-19 10:00

Po zmianie:

2024-09-23 10:00

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

8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:

2024-09-19 10:30

Po zmianie:

2024-09-23 10:30

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

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:

2024-10-18

Po zmianie:

2024-10-22