

Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
USŁUGA UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNEGO SPZOZ w Gostyniu

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 411050155
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** pl. Karola Marcinkowskiego 8 lokal 9
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Gostyń
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 63-800
- 1.4.4.) **Województwo:** wielkopolskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL417 - Leszczyński
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** sekretariat@szpitalgostyn.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.szpitalgostyn.pl
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - organ władzy publicznej - organ administracji rządowej (centralnej lub terenowej)
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00659194
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-12-17

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00632179
- 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:
2024-12-19 11:00

Po zmianie:
2024-12-20 11:00

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

8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:
2024-12-19 11:15

Po zmianie:
2024-12-20 11:15

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

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:
2025-01-17

Po zmianie:

2025-01-18