

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**USŁUGA UBEZPIECZENIA MILICKIEGO CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Milickie Centrum Medyczne Sp. z o. o.
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 021370427
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** Grzybowa 1
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Milicz
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 56-300
- 1.4.4.) **Województwo:** dolnośląskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL518 - Wrocławski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** sekretariat@mcm-milicz.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.mcm-milicz.pl
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - osoba prawna, o której mowa w art. 4 pkt 3 ustawy (podmiot prawa publicznego)
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

**SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE**

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00252819
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-03-20

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00235919
- 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:  
2024-03-22 12:00

Po zmianie:  
2024-03-29 12:00

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

8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:  
2024-03-22 12:15

Po zmianie:  
2024-03-29 12:15

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

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:  
2024-04-20

Po zmianie:

2024-04-27