

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
„POSTĘPOWANIE O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UBEZPIECZENIE POWIATU KONIŃSKIEGO”**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) Nazwa zamawiającego:** Powiat Koniński-Starostwo Powiatowe w Koninie
- 1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 311018976
- 1.4.) Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) Ulica:** Al.1 Maja 9
- 1.4.2.) Miejscowość:** Konin
- 1.4.3.) Kod pocztowy:** 62-510
- 1.4.4.) Województwo:** wielkopolskie
- 1.4.5.) Kraj:** Polska
- 1.4.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL414 - Koniński
- 1.4.7.) Numer telefonu:** 63 240 32 12
- 1.4.9.) Adres poczty elektronicznej:** zamowienia@powiat.konin.pl
- 1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.powiat.konin.pl
- 1.5.) Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - jednostka samorządu terytorialnego
- 1.6.) Przedmiot działalności zamawiającego:** Ogólne usługi publiczne

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

- 2.1.) Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00540893
- 2.2.) Data ogłoszenia:** 2024-10-10

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.1.) Nazwa zmienianego ogłoszenia:**
Ogłoszenie o zamówieniu
- 3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00528969
- 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:
2024-10-14 12:00
- Po zmianie:
2024-10-21 12:00
- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.3. Termin otwarcia ofert
- Przed zmianą:
2024-10-14 12:05
- Po zmianie:
2024-10-21 12:05
- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:
2024-11-12

Po zmianie:
2024-11-19