

Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
USŁUGA UBEZPIECZENIA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą
- 1.2.) **Oddział zamawiającego:** SPZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 670205424
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** Tomaszowska 43
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Nowe Miasto nad Pilicą
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 26-420
- 1.4.4.) **Województwo:** mazowieckie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL926 - Żyrardowski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** szpital@zoz-nowemiasto.net
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.zoz-nowemiasto.net
- 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 00442076
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-08-02

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.1.) **Nazwa zmienianego ogłoszenia:**
Ogłoszenie o zamówieniu
- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00381194
- 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:
2024-08-05 12:00
- Po zmianie:
2024-08-09 12:00
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.3. **Termin otwarcia ofert**
- Przed zmianą:
2024-08-05 12:15
- Po zmianie:
2024-08-09 12:15
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:
2024-09-03

Po zmianie:
2024-09-07