

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**USŁUGA UBEZPIECZENIA Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w**  
**Głucholazach**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 00031766500028
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** M.C. Skłodowskiej
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Głucholazy
- 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:** sekretariat@zoz.glucholazy.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.zozglucholazy.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 00432503
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-07-26

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00407186
- 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:  
2024-07-31 11:00
- Po zmianie:  
2024-08-09 11:00
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.3. Termin otwarcia ofert
- Przed zmianą:  
2024-07-31 11:15
- Po zmianie:  
2024-08-09 11:15