

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**Usługa Ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

**1.1.) Nazwa zamawiającego:** SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI

**1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 639820004

**1.4.) Adres zamawiającego:**

**1.4.1.) Ulica:** ul. Poznańska 30

**1.4.2.) Miejscowość:** Nowy Tomyśl

**1.4.3.) Kod pocztowy:** 64-300

**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@szpital-nowytomysl.pl

**1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** <http://www.szpital-nowytomysl.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 00556272

**2.2.) Data ogłoszenia:** 2024-10-21

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

**3.1.) Nazwa zmienianego ogłoszenia:**

Ogłoszenie o zamówieniu

**3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00505920

**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:

2024-10-23 11:00

Po zmianie:

2024-10-25 11:00

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

8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:

2024-10-23 11:15

Po zmianie:

2024-10-25 11:15

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

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:

-----  
2024-11-21

Po zmianie:  
2024-11-23