

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
DOSTAWA ODCZYNNIKÓW ORAZ AKCESORIÓW,
WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORA**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) Nazwa zamawiającego:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
- 1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 000310249
- 1.4.) Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) Ulica:** Szpitalna 10
- 1.4.2.) Miejscowość:** Międzychód
- 1.4.3.) Kod pocztowy:** 64-400
- 1.4.4.) Województwo:** wielkopolskie
- 1.4.5.) Kraj:** Polska
- 1.4.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL417 - Leszczyński
- 1.4.7.) Numer telefonu:** 957482011
- 1.4.8.) Numer faksu:** 957482711
- 1.4.9.) Adres poczty elektronicznej:** zampub@spzoz-miedzychod.com.pl
- 1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** www.spzoz-miedzychod.com.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 00326241
- 2.2.) Data ogłoszenia:** 2024-05-16

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.1.) Nazwa zmienianego ogłoszenia:**
Ogłoszenie o zamówieniu
- 3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00316496
- 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:
2024-05-20 09:30
- Po zmianie:
2024-05-23 09:30
- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.3. Termin otwarcia ofert
- Przed zmianą:
2024-05-20 10:00
- Po zmianie:
2024-05-23 10:00

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

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:

2024-06-18

Po zmianie:

2024-06-21