

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
Przegląd aparatury medycznej**

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) Nazwa zamawiającego:** WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM.DR EMILA WARMIŃSKIEGO - SPZOZ
- 1.3.) Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 092354746
- 1.4.) Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) Ulica:** ul. Szpitalna 19
- 1.4.2.) Miejscowość:** Bydgoszcz
- 1.4.3.) Kod pocztowy:** 85-826
- 1.4.4.) Województwo:** kujawsko-pomorskie
- 1.4.5.) Kraj:** Polska
- 1.4.6.) Lokalizacja NUTS 3:** PL613 - Bydgosko-toruński
- 1.4.7.) Numer telefonu:** 3709124
- 1.4.8.) Numer faksu:** 3709125
- 1.4.9.) Adres poczty elektronicznej:** zp@szpital.bydgoszcz.pl
- 1.4.10.) Adres strony internetowej zamawiającego:** <https://www.szpital.bydgoszcz.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 00017190
- 2.2.) Data ogłoszenia:** 2024-01-08

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2023/BZP 00564231
- 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:
2024-01-10 11:00

Po zmianie:
2024-01-15 11:00

- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:
2024-01-10 11:30

Po zmianie:
2024-01-15 11:30

- 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:

2024-02-08

Po zmianie:
2024-02-13