

**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:** 2021/BZP 00128796
- 2.2.) Data ogłoszenia:** 2021-07-28

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.1.) Nazwa zmienianego ogłoszenia:**  
Ogłoszenie o zamówieniu,
- 3.2.) Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2021/BZP 00112179/02
- 3.3.) Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 02
- 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:  
2021-07-30 13:00

Po zmianie:  
2021-08-03 13:00

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

Przed zmianą:  
2021-07-30 13:15

Po zmianie:  
2021-08-03 13:15

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

Przed zmianą:  
2021-08-28

Po zmianie:  
2021-09-01