

OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| OGŁOSZENIE DOTYCZY | |
| X Ogłoszenia o zamówieniu | Ogłoszenia o udzieleniu zamówienia |
| Ogłoszenia o konkursie | Ogłoszenia o wynikach konkursu |
| Ogłoszenia o zamiarze zawarcia umowy | Ogłoszenia o zmianie umowy |

INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU

| | | | |
|------------------|---------------|--------|--------------|
| NUMER OGŁOSZENIA | 632865-N-2018 | I DATA | 2018-10-05 R |
|------------------|---------------|--------|--------------|

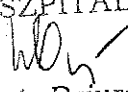
SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY

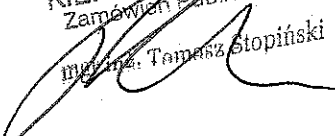
I.1) NAZWA I ADRES

| | | | |
|--|----------------------|---|--------------------------|
| Nazwa (firma): Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | |
| Adres pocztowy: ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25 | | | |
| Krajowy numer identyfikacyjny: 012045743 | | | |
| Miejscowość: Warszawa | Kod pocztowy: 02-544 | Państwo: Polska | Województwo: mazowieckie |
| Tel.: 22 4502284 | Fax: 22 4502236 | E-mail: sekretariat@szpitalmadalinskiego.pl | |
| Adres strony internetowej (URL) : www.szpitalmadalinskiego.pl | | | |
| Adres profilu nabywcy (jeżeli dotyczy): | | | |
| Adres strony internetowej, pod którym można uzyskać dostęp do narzędzi i urządzeń lub formatów plików, które nie są ogólnie dostępne (jeżeli dotyczy): | | | |

SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU

| | | |
|---|--|---|
| II.1) Tekst, który należy zmienić (jeżeli dotyczy): | | |
| Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst (podać nr sekcji i pkt): IV.6.2) | W ogłoszeniu jest: 2018-10-15 godzina 10:00 | W ogłoszeniu powinno być: 2018-10-16 godzina 10:00 |
| II.2) Tekst, który należy dodać (jeżeli dotyczy): | | |
| Miejsce, w którym należy dodać tekst (podać nr sekcji i pkt): | Tekst, który należy dodać w ogłoszeniu: | |
| | | |

DYREKTOR SZPITALA

mgr inż. Maria Dziura

KIEROWNIK DZIAŁU
Zamówień Publicznych

mgr inż. Tomasz Stopiński