

**Końskie:**  
**OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

**OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 581851-N-2020

**Data:** 17/09/2020

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

Zespół Opieki Zdrowotnej, Krajowy numer identyfikacyjny 26007645000000, ul. ul. Gimnazjalna , 26-200 Końskie, woj. świętokrzyskie, państwo  
Polska, tel. 413 902 314, e-mail szpital@zoz.konskie.pl, faks 413 902 319.

Adres strony internetowej (url): [www.zoz@konskie.pl](http://www.zoz@konskie.pl)

**SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU**

**II.1) Tekst, który należy zmienić:**

**Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:**

**Numer sekcji:** IV

**Punkt:** 6.2

**W ogłoszeniu jest:** Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2020-09-25, godz. 10.45

**W ogłoszeniu powinno być:** Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2020-09-30, godz. 10.45

Drukuj