Augustów, dnia 02.07.2019 r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Augustowie

ul. Szpitala 12

16-300 Augustów

Strona internetowa: [www.](http://www.wss.olsztyn.pl/)spzoz.augustow.pl

e-mail: zp@spzoz.augustow.pl

**-Do wiadomości uczestników postępowania-**

**-Strona internetowa Zamawiającego-**

**ZMIANA TREŚCI SIWZ**

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego na wybór wykonawców dostaw urządzeń medycznych pn. **DOSTAWA APARTURY MEDYCZNEJ DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE W RAMACH PROJEKTU „WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

 *(Biuletyn Zamówień Publicznych, Ogłoszenie nr* 564925-N-2019*).*

**Zamawiający, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych, dokonuje zmiany treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie:**

|  |
| --- |
| **W Rozdziale XI. Miejsce oraz termin składania ofert, przed zmianą jest:** |

1. **Ofertę należy przesłać/ złożyć w nieprzejrzystym opakowaniu/ zamkniętej kopercie na adres zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie**

**ul. Szpitala 12**

**16-300 Augustów**

**Strona internetowa:** [**www.**](http://www.wss.olsztyn.pl/)**spzoz.augustow.pl**

**e-mail: zp@spzoz.augustow.pl**

**Godziny urzędowania:7.00 – 14.35.**

**Tel: 87 644 52 59**

do dnia **05 lipiec 2019 r.** do godz. **10.00**

Oznakowane oferty: 8/ZP/2019 **–** Dostawa aparatury medycznej

Zamawiający niezwłocznie zawiadamia wykonawcę o złożeniu oferty po terminie oraz zwraca ofertę po upływie terminu do wniesienia odwołania.

1. **Miejsce otwarcia ofert:**
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, sala szkoleniowa dnia **05 lipiec 2019 r. o godz. 10.10**

|  |
| --- |
| **W Rozdziale XI. Miejsce oraz termin składania ofert, po zmianie jest:** |

* 1. **Ofertę należy przesłać/ złożyć w nieprzejrzystym opakowaniu/ zamkniętej kopercie na adres zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie**

**ul. Szpitala 12**

**16-300 Augustów**

**Strona internetowa:** [**www.**](http://www.wss.olsztyn.pl/)**spzoz.augustow.pl**

**e-mail: zp@spzoz.augustow.pl**

**Godziny urzędowania:7.00 – 14.35.**

**Tel: 87 644 52 59**

do dnia **15 lipiec 2019 r.** do godz. **10.00**

Oznakowane oferty: 8/ZP/2019 **–** Dostawa aparatury medycznej

Zamawiający niezwłocznie zawiadamia wykonawcę o złożeniu oferty po terminie oraz zwraca ofertę po upływie terminu do wniesienia odwołania.

* 1. **Miejsce otwarcia ofert:**
1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, sala szkoleniowa dnia **15 lipiec 2019 r. o godz. 10.10**

Dyrektor SP ZOZ w Augustowie

 **Danuta Zawadzka**

 (*Podpis osoby uprawnionej*)