

Ogłoszenie nr 540030310-N-2019 z dnia 15-02-2019 r.

**Konin:**

## **OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

### **OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

### **INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 512676-N-2019

**Data:** 12-02-2019

### **SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr Romana Ostrzyckiego w Koninie, Krajowy numer identyfikacyjny 31159100000000, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin, woj. wielkopolskie, państwo Polska, tel. 632 404 133, e-mail szp@szpital-konin.pl, faks 632 404 134.

Adres strony internetowej (url): [www.szpital-konin.pl](http://www.szpital-konin.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:2019-02-20, godzina 10:00

**W ogłoszeniu powinno być:** Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu Data:2019-02-25, godzina 10:00

#### **II.2) Tekst, który należy dodać**

**Miejsce, w którym należy dodać tekst:**

**Numer sekcji:** Część nr 7A

**Punkt:** Leki

**Tekst, który należy dodać w ogłoszeniu:** Załącznik numer 1 -Informacje dotyczące ofert

częściowych Część nr:7A Nazwa: Leki 1) Krótki opis przedmiotu zamówienia (wielkość, zakres, rodzaj i ilość dostaw, usług lub robót budowlanych lub określenie zapotrzebowania i wymagań) a w przypadku partnerstwa innowacyjnego -określenie zapotrzebowania na innowacyjny produkt, usługę lub roboty budowlane:Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków biorących udział w programach lekowych i chemioterapii dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik numer 2 do SIWZ WSZ-EP- 1/2019 – formularz asortymentowo cenowy. 2) Wspólny Słownik Zamówień(CPV): 33600000-6, 3) Wartość części zamówienia(jeżeli zamawiający podaje informacje o wartości zamówienia): Wartość bez VAT: Waluta: 4) Czas trwania lub termin wykonania: okres w miesiącach: okres w dniach: data rozpoczęcia: data zakończenia: 2019-12-31 5) Kryteria oceny ofert: Kryterium Znaczenie Cena 60,00 Termin dostawy 20,00 Termin reklamacji20,00 6) INFORMACJE DODATKOWE: