

## Formularz

Ogłoszenie nr 500002292-N-2017 z dnia 05-07-2017 r.

**Zabrze:**  
**OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

**OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 538487-N-2017

**Data:** 28/06/2017

**SEKCJA I: ZAMAWIAJACY**

Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o .o., Krajowy numer identyfikacyjny 24112785700000, ul. ul. Zamkowa 4, 41803  
Zabrze, woj. śląskie, państwo Polska, tel. 32 277 61 00, e-mail administracja3@szpitalzabrze.pl, faks 32 271 73 11.

Adres strony internetowej (url):

**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:** Data: 2017-07-06, godzina 10:00

**W ogłoszeniu powinno być:** Data: 2017-07-11, godzina 10:00

Drukuj