

Ogłoszenie nr 500276059-N-2018 z dnia 19-11-2018 r.

**Tychy:**  
**OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

**OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 649877-N-2018

**Data:** 19.11.2018

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

MEGREZ Sp. z o.o., Krajowy numer identyfikacyjny 24087228600000, ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy, woj. śląskie, państwo Polska, tel. 32 325 51 71, e-mail zp@szpitalmegrez.pl, faks 32 325 52 84.

Adres strony internetowej (url):

**SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU**

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

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

**Numer sekcji:** Załącznik

**Punkt:** I

**W ogłoszeniu jest:** Załącznik I - Informacje dotyczące ofert częściowych

**W ogłoszeniu powinno być:** Załącznik I - Informacje dotyczące ofert częściowych Część nr: 1 Nazwa: Pakiet nr 1 – Dostawa leków

stosowanych w programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego (SM) 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:1. 1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków stosowanych w

programach lekowych leczenia stwardnienia rozsianego (SM) 2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określono szczegółowo w formularzu

asortymentowo- cenowym (załącznik nr 1 do SIWZ), a wymagania techniczne (załącznik nr 1A do SIWZ) 3. Wykonawca zobowiązany jest

zrealizować zamówienie na zasadach i warunkach opisanych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 4, do SIWZ. 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:6 okres w dniach: data rozpoczęcia: data zakończenia: 5) Kryteria oceny

ofert: KryteriumZnaczenie Cena 100,00 6) INFORMACJE DODATKOWE:

Drukuj