

## Formularz

Ogłoszenie nr 500001043-N-2017 z dnia 26-06-2017 r.

**Poznań:**

**OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA****OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 538873-N-2017

**Data:** 26/06/2017

**SEKCJA I: ZAMAWIAJACY**

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Krajowy numer identyfikacyjny 631259672, ul. ul. Solna 21, 61-736 Poznań, woj. wielkopolskie, państwo Polska, tel. 261 574 201, e-mail zam.pub@wspl.poznan.pl, szylinga@wspl.info.pl, faks 261 572 115.

Adres strony internetowej (url): <http://wspl.info.pl>

**SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU****II.1) Tekst, który należy zmienić:**

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

**Numer sekcji:** IV.2.2) Kryteria

**Punkt:**

**W ogłoszeniu jest:** Kryteria Znaczenie Cena 60,00

**W ogłoszeniu powinno być:** Kryteria Znaczenie Cena 60,00 Termin realizacji zamówienia - 40

Drukuj