**pieczątka** Szczytno, dn. 03.04.2020 r.

**Zapytanie ofertowe nr ZOZ-P-9/2020**

**zmiana terminu składania ofert**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 12

12-100 Szczytno

tel. (0-89) 623 21 41 fax. (0-89) 623 21 36

NIP: 745-15-93-187 REGON: 519483005

[www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl) ; e-mail: sszewczyk@szpital.szczytno.pl;

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest **dostawa pakietów dla noworodków dla ZOZ w Szczytnie.**

**V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 11. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem (opcjonalnie):

####  - poczty elektronicznej na adres: sszewczyk@szpital.szczytno.pl ,

####  - poczty, kuriera

####  - lub też dostarczona osobiście

#### na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12 12-100 Szczytno do dnia 08.04.2020 r. do godz 12:00 wraz z załączoną kserokopią wypisu z rejestru przedsiębiorców lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej, wystawione w dacie nie wcześniejszej niż sześć miesięcy przed datą złożenia oferty oraz pozwolenia na świadczenie usług w zakresie zamówienia.

#### 2.Otwarcie oraz Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 08.04.2020 r. o godz 12:15 a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpisała:**

**Dyrektor**

**/-/**

**Beata Kostrzewa**