



Formularz

Ogłoszenie nr 500031546-N-2017 z dnia 20-09-2017 r.

**Wrocław:**

**OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

**OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:** 584140-N-2017

**Data:** 2017-09-06

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

Gość  
Zamawiający

Centrum Neuropsychiatrii "NEUROMED" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Krajowy numer identyfikacyjny 9301792000000, ul. ul. Białowieska , 54235 Wrocław, woj. dolnośląskie, państwo Polska, tel. 71 3553594, 3501780, e-mail [jadwiga.dul@neuropsychiatria.com](mailto:jadwiga.dul@neuropsychiatria.com), faks 713 501 781.

Adres strony internetowej (url): [www.neuropsychiatria.com](http://www.neuropsychiatria.com)

**SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU**

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

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

**Numer sekcji:** IV.6.

**Punkt:** 2)

**W ogłoszeniu jest:** Data: 2017-09-27, godzina: 10:00

**W ogłoszeniu powinno być:** Data: 2017-10-03, godzina: 10:00