Ogłoszenie nr 540065078-N-2019 z dnia 03-04-2019 r.

**Starachowice:  
OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA**

**OGŁOSZENIE DOTYCZY:**

Ogłoszenia o zamówieniu

**INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU**

**Numer:**529028-N-2019   
**Data:**29/03/2019

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, Krajowy numer identyfikacyjny 29114175200000, ul. Radomska  70, 27-200  Starachowice, woj. świętokrzyskie, państwo Polska, tel. 041 2745202 w.182, e-mail pzozstarachowice.zp@interia.pl, faks 412 746 158.   
Adres strony internetowej (url): http://zoz.starachowice.sisco.info/

**SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU**

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

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

**Numer sekcji:**III   
**Punkt:**1.1)   
**W ogłoszeniu jest:**Kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów Określenie warunków: 2.2.1 poprzez złożenie oświadczenia wykonawcy, o miejscu unieszkodliwiania odpadów medycznych: w instalacji położonej w ………… (podać adres instalacji) w województwie ………………, tj. w odległości ..… km od miejsca odbioru odpadów u zamawiającego, która na dzień złożenia oferty posiada wolne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od zamawiającego, 2.2.2 poprzez złożenie decyzji zezwalającej na prowadzenie działalności w zakresie transportu i unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych we wskazanej w oświadczeniu instalacji, 2.2.3 poprzez złożenie zezwolenia (decyzji) właściwego terytorialnie organu administracji publicznej na prowadzenie działalności dotyczącej gospodarki odpadami medycznymi objętych przedmiotem zamówienia w zakresie odbioru, transportu, składowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych. Informacje dodatkowe   
**W ogłoszeniu powinno być:**Kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów Określenie warunków: 2.2.1 poprzez złożenie oświadczenia wykonawcy, o miejscu unieszkodliwiania odpadów medycznych: w instalacji położonej w ………… (podać adres instalacji) w województwie ………………, tj. w odległości ..… km od miejsca odbioru odpadów u zamawiającego, która na dzień złożenia oferty posiada wolne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od zamawiającego, 2.2.2 poprzez złożenie oświadczenia wykonawcy o aktualnym i aktywnym wpisie do Rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami wraz ze wskazaniem numeru rejestrowego umożliwiającego prowadzenie działalności dotyczącej gospodarki odpadami medycznymi objętych przedmiotem zamówienia w zakresie odbioru, transportu, składowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych. Informacje dodatkowe   
  
**Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:**   
**Numer sekcji:**III   
**Punkt:**6   
**W ogłoszeniu jest:**4.1. Oświadczenie wykonawcy, o miejscu unieszkodliwiania odpadów medycznych. 4.2 Decyzji zezwalającej na prowadzenie działalności w zakresie transportu i unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych we wskazanej w oświadczeniu instalacji. 4.3 Zezwolenia (decyzji) właściwego terytorialnie organu administracji publicznej na prowadzenie działalności dotyczącej gospodarki odpadami medycznymi objętych przedmiotem zamówienia w zakresie odbioru, transportu, składowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych.   
**W ogłoszeniu powinno być:**4.1. Oświadczenie wykonawcy, o miejscu unieszkodliwiania odpadów medycznych. 4.2 Oświadczenie wykonawcy o aktualnym i aktywnym wpisie do Rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami wraz ze wskazaniem numeru rejestrowego umożliwiającego prowadzenie działalności dotyczącej gospodarki odpadami medycznymi objętych przedmiotem zamówienia w zakresie odbioru, transportu, składowania i unieszkodliwiania odpadów medycznych.   
  
**Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:**   
**Numer sekcji:**IV   
**Punkt:**6.2   
**W ogłoszeniu jest:**Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2019-04-05, godzina: 11:00,   
**W ogłoszeniu powinno być:**Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2019-04-08, godzina: 11:00,

Dyrektor PZOZ w Starachowicach

……………………………………….........

Kierownik Zamawiającego

lub osoba upoważniona