

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**Świadczenie usług żywienia zbiorowego wraz z dystrybucją posiłków dla hospitalizowanych pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o.**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 231180960
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** Bohaterów Getta 10
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Kamienna Góra
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 58-400
- 1.4.4.) **Województwo:** dolnośląskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL515 - Jeleniogórski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** pcz@pcz.org.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** www.pcz.org.pl
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - osoba prawna, o której mowa w art. 4 pkt 3 ustawy (podmiot prawa publicznego)
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

**SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE**

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00313086
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-05-07

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00291705
- 3.3.) **Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) **Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**  
SEKCJA V - KWALIFIKACJA WYKONAWCÓW

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**  
5.3. Warunki udziału w postępowaniu

Przed zmianą:  
NIE

Po zmianie:  
TAK

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**  
5.4. Nazwa i opis warunków udziału w postępowaniu

Przed zmianą:

Po zmianie:

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

1. zdolności technicznej lub zawodowej:

1) Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał lub wykonuje minimum 2 usługi przygotowywania i dostawy posiłków dla pacjentów w szpitalach lub innych jednostkach ochrony zdrowia. Usługi wykonywane w sposób ciągły przez okres minimum 12 miesięcy.

- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**

## 5.7. Wykaz podmiotowych środków dowodowych na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu

Przed zmianą:

Po zmianie:

W celu potwierdzenia spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu, Zamawiający żąda następujących podmiotowych środków dowodowych:

1. w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej:

a) wykazu usług wykonanych nie wcześniej niż w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich rodzaju, wartości, daty i miejsca wykonania oraz podmiotów, na rzecz których usługi te były (lub są nadal) świadczone, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane należycie (wzór - Załącznik nr 5 do Tomu I SWZ).

Dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty.

### 3.4.) Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:

SEKCJA VIII - PROCEDURA

#### 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:

8.1. Termin składania ofert

Przed zmianą:

2024-05-09 10:00

Po zmianie:

2024-05-15 10:00

#### 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:

8.3. Termin otwarcia ofert

Przed zmianą:

2024-05-09 11:00

Po zmianie:

2024-05-15 11:00

#### 3.4.1.) Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:

8.4. Termin związania ofertą

Przed zmianą:

2024-06-07

Po zmianie:

2024-06-13