Zamawiający :

**Samodzielny Publiczny Zespół**

**Opieki Zdrowotnej**

**w Kościanie**

**64-000 Kościan**

**Ul. Szpitalna 7**

Tel/fax 65525 0317/655120707

**ODPOWIEDZI NA IV ZESTAW PYTAŃ**

 **Do**

 **zainteresowanych przetargiem**

**znak sprawy SPZOZ.EPII.23.22.2018**

Dotyczy: **DOSTAWY LEKÓW**

**Pytanie**

Czy Zamawiający wyraża zgodę na przesunięcie ustalonego w Postępowaniu terminu na składanie ofert ( punkt XII SIWZ ) do dnia 02.01.2019 r ?

**Odp.**

Termin składania ofert zgodnie z SIWZ !

 Zamawiający

 ………………………………..