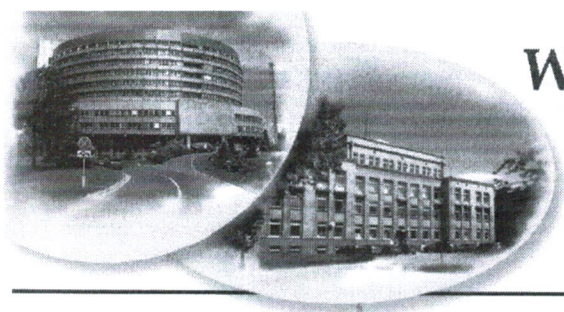




WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY im. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU

SZPITAL UL. POZNAŃSKA 79
62-800 KALISZ

www.szpital.kalisz.pl
www.szpital.kalisz.ue

Kalisz, dnia 03-09-2014 roku

WYJAŚNIENIE TREŚCI SIWZ ORAZ ZMIANA TREŚCI SIWZ

dot. postępowania na: **Sukcesywne dostawy odczynników do diagnostyki chorób autoimmunologicznych, alergologicznych i infekcyjnych wraz z dzierżawą sprzętu.**
(sprawa nr 43/14)

W odpowiedzi na pytania Wykonawcy, informujemy, co następuje:

Dotyczy formularza cenowego (1)

Pytanie nr 1

Czy Zamawiający może doprecyzować, jaką ilość pól diagnostycznych (tzn. 3 czy 5 czy 10) powinien zawierać wymagany w pozycji 1 test immunofluorescencji pośredniej - panel wątrobowy pełny?.

Jeśli Zamawiający wymaga więcej niż jednego formatu testu, czy Zamawiający wyrazi zgodę na rozszerzenie formularza cenowego o dodatkowe wiersze?

Równocześnie prosimy o doprecyzowanie ilości oznaczeń każdego z formatów.

Odpowiedź: W poz. 1 Formularza... Zamawiający wymaga następujące formaty testu:

- Format 3 (3 pola diagnostyczne) w ilości: 100 oznaczeń,
- Format 5 (5 pól diagnostycznych) w ilości: 200 oznaczeń,
- Format 10 (10 pól diagnostycznych) w ilości: 100 oznaczeń,

Powyższa odpowiedź prowadzi do zmiany treści, Formularza Asortymentowo Cenowego poz. 1

Pytanie nr 2

Czy Zamawiający może doprecyzować, jaką ilość pól diagnostycznych (tzn. 5 czy 10) powinien zawierać wymagany w pozycji 4 test immunofluorescencji pośredniej – przeciwciała przeciwjadrowe i cytoplazmatyczne?.

Jeśli Zamawiający wymaga więcej niż jednego formatu testu, czy Zamawiający wyrazi zgodę na rozszerzenie formularza cenowego o dodatkowe wiersze?

Równocześnie prosimy o doprecyzowanie ilości oznaczeń każdego z formatów.

Odpowiedź: W poz. 4 Formularza... Zamawiający wymaga następujące formaty testu:

- Format 5 (5 pól diagnostycznych) w ilości: 1620 oznaczeń,
- Format 10 (10 pól diagnostycznych) w ilości: 540 oznaczeń,

Powyższa odpowiedź prowadzi do zmiany treści, Formularza Asortymentowo Cenowego poz. 4

Pytanie nr 3

Czy dla profilu pokarmowego Zamawiający dopuści obecność alergenów kraba i moreli zamiast alergenów krewetki i brzoskwini?

Odpowiedź: TAK

Zamawiający informuje, że treść powyższych odpowiedzi stanowi zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy „Prawo zamówień publicznych” (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.) zmianę treści SIWZ i jest wiążąca dla wszystkich Wykonawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

UWAGA!! :

Ofertę bezwzględnie prosimy składać na Formularzu Asortymentowo Cenowym (1) po modyfikacji, który stanowi załącznik do niniejszej informacji.

Wykonawcy ubiegający się o udzielenie zamówienia zobowiązani są uwzględnić powyższe zmiany podczas sporządzania ofert.

Pozostałe zapisy SIWZ pozostają bez zmian.

Załącznik do pisma:

Formularz Asortymentowo Cenowy (1) po modyfikacji,

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
mgr Mariusz Pawlaczuk

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY (1)

L.p.	Przedmiot zamówienia	Ilość badań/ozn. w okresie 48 m-cy	Ilość opakowań	Wielkość opakowania	Cena netto 1 [PLN]	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.6)	Stawka oraz kwota podatku VAT	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 7+ kol. 8)	Producent/ Numer katalogowy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.	Panel wątrobowy pełny (ANA,AMA,ASMA,anty-LKM)IIIFT:								
	Format 3	100							
	Format 5	200							
	Format 10	100							
2.	Panel wątrobowy(anty-LKM1,anty- SLa/LP,AMAM2,LC-1,M2- 3E)ImmunoBlot	400							
3.	Profil autoimmunologiczny chorób wątroby(AMAM2,BPO,SPI00PML,gp 210,LKM-1,SLA/LP,Ro-52,LC-1) ImmunoBlot	320							
4.	Przeciwciała przeciwjądrowe i cytoplazmatyczne-test przesiewowy ANA IIFT:								
	Format 5	1620							
	Format 10	540							
5.	Przeciwciała przeciwjądrowe Blot ANA 3	950							
6.	Przeciwciała przeciwmitochondrialne AMA M2 IIFT	80							
7.	Przeciwciała przeciwko F-asyninie IIFT	60							

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

.....
/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczętki-osób upoważnionych/

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY (1) - *ciąg dalszy*

Lp.	Przedmiot zamówienia	Ilość badań/ozn. w okresie 48 m-cy	Ilość opakowań	Wielkość opakowania	Cena netto 1 opakowania a [PLN]	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.6)	Stawka oraz kwota podatku VAT	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 7+ kol. 8)	Producent/ Numer katalogowy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
8.	Przeciwciała przeciw endomysium IgA EmA IIFT	200							
9.	Przeciwciała przeciw endomysium IgG EmA IIFT	40							
10.	Przeciwciała przeciw endomysium i gładynie IgA IIFT	30							
11.	Przeciwciała przeciw endomysium i gładynie IgG IIFT	30							
12.	Transglutaminaza tkankowa IgG ELISA	160							
13.	Transglutaminaza tkankowa IgA ELISA	1700							
14.	Przeciwciała antykardioliipinowe IgM ELISA	60							
15.	Przeciwciała antykardioliipinowe IgG ELISA	60							
16.	Przeciwciała anty-CCP IgG ELISA	80							
17.	Przeciwciała przeciw ds. DNA ELISA	160							
18.	Przeciwciała przeciw antygenom cytoplazmy neutrofitów ANCA (pANCA i c ANCA IIFT	340							
19.	Anty-Borrelia IgM ELISA (z absorbentem IgG/RF w zestawie)	1100							
20.	Anty-Borrelia burgdorferi PLUS VlsE IgG ELISA	1150							

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

.....

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczęć-osób upoważnionych

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY (1) - *ciąg dalszy*

L.p.	Przedmiot zamówienia	Ilość badań/ozn. w okresie 48 m-cy	Ilość opakowań	Wielkość opakowania	Cena netto 1 opakowania a [PLN]	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.6)	Stawka oraz kwota podatku VAT	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 7+ kol. 8)	Producent/ Numer katalogowy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
21.	Borrelia test potwierdzenia IgG	320							
22.	Borrelia test potwierdzenia IgM	320							
23.	Test awidności EBV (pole: A: EBV-CA IgG, gp125,p19;poleB:EBV-CA IgG;pole C:EBV-CA IgM,gp125,919; pole D: EBV-EA; pole E:EBNA) IIFT	60							
24.	Alergiczny profil pediatryczny	1800							
25.	Alergiczny profil pokarmowy	40							
26.	Alergiczny profil wziewny	160							
27.	Profil wziewny i pokarmowy	64							
28.	Profil atopowy mieszany	64							
29.	Półilościowy test ELISA zawierający antygeny:proteinaza 3,laoferyna, mieloperoksydaza,elastaza i katepsyna G oraz BPI	72							
30.	Test paskowy zawierający: MPO,PR3 i GBM	40							

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

.....
/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczętki-osób upoważnionych

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY (1) - ciąg dalszy

L.p.	Przedmiot zamówienia	Ilość w okresie 48 m-cy	Ilość opakowań	Wielkość opakowania	Cena netto 1 opakowani a [PLN]	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.6)	Stawka oraz kwota podatku VAT	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 7+ kol. 8)	Producent/ Numer katalogowy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
31.	Myositis (i-2, Ku, PM-ScI100, PM-ScI75, Jo-1, SRP, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 separately)	64 badania							
32.	Sclerosis Profile (ScI-70, CENP A, CENP B, RP11, RP155, Fibrylaryna, NOR-90, Th/To, PM-ScI 100, PM-ScI75, Ku, PDGRF, Ro-52)	192 badania							
33.	Bufor SetupClean	2000 ml							
34.	Sól do przygotowania PBS pH 7,2	20 l							
35.	Tween 20	40 ml							
	RAZEM								

Uwaga !

Poz. 1-32 Ilość materiałów niezbędnych do wykonania oznaczeń proszę dostosować do ilości badań podanych przez Zamawiającego.

.....
/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczętki-osób upoważnionych