

Dział Zamówień Publicznych

tel: +48 62 765 14 51, Kierownik Działu +48 62 765 13 97

Kalisz, 8 stycznia 2020 roku

Wykonawcy biorący udział w postępowaniu

INFORMACJA

dot. postępowania na sukcesywne dostawy jednorazowego sprzętu anestezyjologicznego i intensywnej terapii – znak sprawy 67/19

W odpowiedzi na pytania Wykonawców, informujemy, co następuje:

dotyczy zadania nr 4 poz. 2

1. Czy Zamawiający zgodzi się wyłączyć z Zadania nr 4 do odrębnego pakietu, sterylne butelki z pozycji 2? Umożliwi to przystąpienie do postępowania innym oferentom, posiadającym w ofercie identyczne butelki w konkurencyjnej cenie, kompatybilne z odciągaczami pokarmu i zestawami osobistymi wszystkich firm, oferujących sprzęt laktacyjny klasy szpitalnej.

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na podział w/w zadania na dwie części i wydziela z zadania nr 4 „Butelka jednorazowa 80ml”, tworząc z niego zadanie nr 9.

W związku z powyższym Zamawiający modyfikuje zapisy Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie:

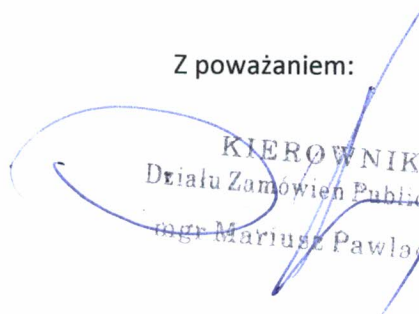
A. Formularz ofertowy

B. Formularze cenowe w zakresie modyfikowanych zadań

Zmodyfikowane formularze ofertowe i cenowe Zamawiający załącza do niniejszych wyjaśnień, a formularze załączone do SIWZ tracą ważność. **Oferty prosimy składać na aktualnych formularzach!**

Treść powyższych odpowiedzi stanowi zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy „Prawo zamówień publicznych” (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 t.j.) zmianę treści SIWZ i jest wiążąca dla wszystkich Wykonawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

Z poważaniem:


KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
mgr Mariusz Pawlaczek

1

Zamawiający:

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz

Wykonawca:

.....
 (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

telefon:..... fax: e-mail:

FORMULARZ OFERTOWY**Kryterium – Cena brutto**

Wartości wynikające z Formularza Cenowego	KRYTERIUM Cena			
	Wartość netto w PLN	Stawka VAT	Kwota VAT	Wartość brutto w PLN
Zadanie nr 1				
Zadanie nr 2				
Zadanie nr 3				
Zadanie nr 4				
Zadanie nr 5				
Zadanie nr 6				
Zadanie nr 7				
Zadanie nr 8				
Zadanie nr 9				

Kryterium – Termin płatności

1.	Termin płatności w dniach <i>(min 30 dni max 60 dni)</i>	Podać Wartość ta będzie przedmiotem oceny w tym kryterium
1.	Termin realizacji zamówienia od dnia jego złożenia	do 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia

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

2

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr 4

L.p.	Nazwa artykułu (wyrobu)	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto w PLN	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.5)	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 6 + kol. 7)	Producent / Nr katalogowy
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Lejek z drenem o średnicy 24mm	szt	300				9

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

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Im. Ludwika Perzyny w Kaliszu
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz
www.szpital.kalisz.pl

tel. centr. +48 62 765 12 51
tel. sekr. +48 62 765 13 56
fax. +48 62 767 72 45

NIP 618 20 25893
REGON 300224440
KRS 0000251663

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Zadanie nr 9

L.p.	Nazwa artykułu (wyrobu)	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto w PLN	Wartość netto pozycji asortymentowej (kol.4 x kol.5)	Wartość podatku VAT	Wartość brutto pozycji asortymentowej (kol. 6 + kol. 7)	Producent / Nr katalogowy
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Butelka jednorazowa 80ml mikrobiologicznie czysta	szt	9000					

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

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
Im. Ludwika Perzyny w Kaliszu
ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz
www.szpital.kalisz.pl

tel. centr. +48 62 765 12 51
tel. sekr. +48 62 765 13 56
fax. +48 62 767 72 45

NIP 618 20 25893
REGON 300224440
KRS 0000251663