



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYSUSZE

Al. Jana Pawła II 9A, 26-400 Przysusza, www.spzzozprzysuscha.pl, tel. (0-48) 383-35-05, 780118028

Znak sprawy: 02/ZP/2022

Przysusza, 11.10.2022 r.

Do wszystkich Wykonawców biorących udział w postępowaniu

WYJAŚNIENIA ZWIĄZANE Z TREŚCIĄ SWZ

Na podstawie art. 284 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2019 poz. 2019 ze zm.) Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze przedstawia treść pytań i udzielonych odpowiedzi dotyczących treści SWZ w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji (art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp) na realizację zadania pn. : „**Sukcesywne dostawy drobnego sprzętu medycznego, preparatów do dezynfekcji i materiałów jednorazowego użytku dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze**”

Pytanie 1 – dot. wzoru umowy §2, ust. 1, §6, ust. 1 oraz SWZ rozdział 6 termin wykonania zamówienia:

Zwracamy uwagę, że w §2 wzoru umowy określono wykonanie umowy na 24 miesiące, natomiast w §6 wzoru umowy oraz rozdziale 6 SWZ termin wykonania określono od 03.11.2022r. do 02.11.2023r., czyli na okres 12 miesięcy. Prosimy Zamawiającego o ujednoczenie zapisów i doprecyzowanie na jaki okres czasu zostanie zawarta umowa.

§ 2

1. Ogólna wartość **dostaw 24 miesięcznych** wynosi nettozł, ..słownie: zł, powiększona o podatek VAT w wysokości% brutto zł

§ 6

1. Umowa zostaje zawarta na czas **od dnia 03.11.2022 r. do dnia 02.11.2023 r.**

SWZ 6. Termin wykonania zamówienia.

Od 03.11.2022 r. do 02.11.2023r

Odpowiedź: Uwzględniono wniosek. Termin umowy 12 miesięcy

Pytanie 2: dot. specyfikacji asortymentowo-ilościowo-cenowej – załącznik nr 3 – zadanie nr 2:

Czy w związku z posiadaniem przez Zamawiającego wstrzykiwacza kontrastu na gwarancji producenta, Zamawiający w zakresie zadania nr 2 oczekuje przedłożenia wraz z ofertą oświadczenia o kompatybilności **producenta wstrzykiwacza kontrastu lub jego autoryzowanego przedstawiciela?**

Jeżeli tak, prosimy o modyfikację zapisu znajdującego się pod formularzem cenowym w następujący sposób:

*„*Zamawiający wymaga dołączenia do oferty, oświadczenia producenta **wstrzykiwacza kontrastu lub jego autoryzowanego przedstawiciela serwisowego** o kompatybilności wkładu z wstrzykiwaczem kontrastu Nemoto Dual Shot”*

UZASADNIENIE: Takie oświadczenie umożliwi Zamawiającemu zakup wkładów w pełni kompatybilnych z posiadanym urządzeniem oraz pozwoli na użytkowanie sprzętu zgodnie z zaleceniami producenta wstrzykiwacza i zachowanie jego gwarancji.

Wkłady aprobowane przez producenta wstrzykiwacza lub jego autoryzowanego przedstawiciela serwisowego pozytywnie przeszły stosowne próby i testy, jakim były poddane, a więc nie spowodują usterek w działaniu aparatu, ani nie będą powodem jego uszkodzenia, jak również nie spowodują ryzyka cofnięcia gwarancji i rękojmi, udzielonych na wstrzykiwacz NEMOTO, po prowadzonych naprawach, przeglądach i innych działaniach serwisowych.

W obecnym brzmieniu oświadczenie o kompatybilności wkładów może być wystawione przez dowolnego producenta wkładów do wstrzykiwacza, w tym przez producentów nieaprobowanych zamienników, których używanie może cofnąć gwarancję na wstrzykiwacz kontrastu.

Odpowiedź: Zamawiający oczekuje przedłożenia wraz z ofertą oświadczenia producenta wstrzykiwacza kontrastu lub jego autoryzowanego przedstawiciela serwisowego o kompatybilności wkładu z wstrzykiwaczem kontrastu Nemoto Dual Shot. Doprecyzowano zapis w Zadaniu 2, Zał. Nr 3 do formularza oferty.

Przysucha, 11.10.2022r.

Dyrektor SPZZOZ w Przysusze

Lek. Julian Wróbel